



Ficha Médica - Anexo 1

INFORMACIÓN DEL INSCRIPTO/A

Apellido y Nombres:

Edad:

DNI:

Dirección:

Teléfono:

En caso de urgencia llamar a los teléfonos:

E-mail:

COVID-19

¿El inscripto/a tuvo Covid-19? Sí No

¿Algún familiar directo tuvo Covid-19? Sí No

PREGUNTAS DE INTERÉS

¿Tiene hermanos?: ¿Cuántos? Edades:

¿Realiza algún deporte? Sí No ¿Cuál? ¿En dónde?

Su salud general: ¿Es buena? Sí No Problemas frecuentes:

¿Come bien? Sí No ¿Sus digestiones son buenas?

¿Posee alguna dificultad motriz? ¿Cuál?

¿Duerme bien? Sí No ¿Posee hábitos de higiene?

Su estructura familiar: ¿está pasando por alguna circunstancia importante para el niño/a?

¿Cómo considera el carácter de su hijo/a?	Alegre	Triste	Reservado	Comunicativo	Dinámico	
Apático	Ordenado	Desordenado	Prudente	Arriesgado	Generoso	Egoísta

Agregue:

ANTECEDENTES PERSONALES

(Completar por Padre, Madre o Responsable legal, marque lo que corresponda)

Problemas cardíacos: Sí No

Presión arterial elevada: Sí No

Obesidad: Sí No

Asma bronquial: Sí No

Pérdida de la conciencia: Sí No

Convulsiones: Sí No

Traumatismo de cráneo: Sí No

Diabetes: Sí No



Ficha Médica - Anexo 1

Apellido y Nombres:

EN RELACIÓN CON EL EJERCICIO (DURANTE O DESPUÉS) HA PADECIDO ALGUNA VEZ:

Desmayos: Sí No

Mareos: Sí No

Dolor fuerte en el pecho: Sí No

Mayor cansancio que sus compañeros: Sí No

Palpitaciones: Sí No

Dificultades para respirar durante o después del ejercicio: Sí No

Afecciones auditivas: Sí No

Fracturas, luxaciones o lesiones ligamentales: Sí No

Cirugías: Sí No

Internaciones: Sí No

En caso afirmativo, detallar:

Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses: Sí No

Alergias: Sí No

Alergias a algún medicamento: Sí No

Tos crónica: Sí No

Problemas de piel: Sí No

Medicación habitual: Sí No

¿Usa anteojos?: Sí No

Vacunación completa: Sí No

ANTECEDENTES FAMILIARES

Muerte súbita en familiar directo en menores de 50 años: Sí No

Problemas cardíacos: Sí No

Presión arterial elevada: Sí No

Obesidad: Sí No

Diabetes: Sí No

Colesterol elevado: Sí No

Tos crónica: Sí No

En caso afirmativo, detallar:

Por la presente afirma que, dentro de mi conocimiento y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.



Examen Físico - Anexo 2

Debe ser completado por el Médico de cabecera y entregar el primer día

Apellido y Nombres:

Médico de cabecera:

ANAMNESIS:

En relación con la actividad física, ha padecido alguna vez:

Desmayos: Sí No

Mareos: Sí No

Dolor fuerte en el pecho: Sí No

Mayor cansancio que sus compañeros: Sí No

Palpitaciones: Sí No

Dificultades para respirar durante o después del ejercicio: Sí No

EXÁMEN ANTROPOMÉTRICO:

Peso: (Pc) Talla: (Pc) IMC: (Pc)

EXÁMEN CARDIOVASCULAR:

Inspección:

Auscultación:

FC:

TA: (Pc)

Pulsos humerales:

Pulsos femorales:

EXÁMEN RESPIRATORIO:

Inspección:

Auscultación:

PIEL Y ANEXOS:

Inspección:

Observaciones (detallar hallazgos):

.....
Firma y sello del Médico

.....
Lugar

.....
Fecha