

EXAMEN MEDICO DEPORTIVO

A COMPLETARSE POR EL SOLICITANTE: (La presente tiene carácter de declaración jurada)

Fecha:.....

Disciplina:..... Categoría:

Apellido y Nombre:.....DNI:.....

Fecha de Nacimiento:/...../.....Edad: Nacionalidad:..... Estado Civil:.....

Domicilio: Localidad:.....

Teléfono:Mail:.....

HABITOS	SI	NO	
¿Fuma Usted?			¿Qué cantidad por día?
¿Toma bebidas alcohólicas?			¿Cuáles? ¿Cuánto por día?
¿Ha utilizados drogas de abuso? (Cocaína, Marihuana, etc.)			¿Cuándo?
¿Observa alguna dieta?			¿Cuál?

OPERACIONES SUFRIDAS				FRACTURAS/ TRAUMATISMOS/ INTERNACIONES	
Ha sido operado de:	SI	NO	AÑO		AÑO
Hernias					
Columna					
Várices				Observaciones:	
Hemorroides					
Otras:					
Médico	Nombre			Domicilio de atención	Teléfono
Particular					

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marque con una X)

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Mareos o desmayos			Sangre en el esputo			Dolores de rodilla		
Convulsiones			Falta de aire			Ciática		
Epilepsia			Dolores de pecho			Dolores de espalda		
Disritmia cerebral			Palpitaciones de Corazón			Dolores de cuello		
Depresión			Enfermedad cardíaca			Desviación de columna		
Brucelosis			Presión sanguínea alta			Várices		
Paludismo			Cálculos de vesícula			Fracturas		
Tuberculosis			Cálculos de Riñón			Esguinces y/o luxaciones		
Mal de Chagas			Diabetes			Amputaciones		
Cólera			Gastritis			Hernias actuales		
Sífilis			Úlcera gástrica o duodenal			Hemorroides		
Enfermedad Venérea			Dolores de hombro			Caries actuales		
Sufrió Asma			Dolores de pie			Visión disminuida		
Sufre Asma			Dolores de rodilla			Usa lentes		
¿Es alérgico?			¿A Qué?	¿Tiene aplicadas todas las vacunas a la fecha?				
¿Toma medicamentos de forma permanente?					¿Cuál?.....			
¿Cuánto mide? Mts.			¿Cuánto pesa?Kg.					

A COMPLETARSE EXCLUSIVAMENTE POR EL MEDICO:

Aspecto general:		Tórax:
Defectos físicos:		Abdomen:
Piel y Cel. Subcutáneo:		Hígado –Bazo – Riñón:
Ganglios:		Hernias abdominales o inguinales:
Bucodental:		Testículos (Varicocele – Hidrocele):
Oído (supuraciones):		Hemorroides – Fístulas:
Ruidos card:	Soplos:	Columna vertebral:
Pulso radial y periférico:		Ext. Sup. e inferiores:
Tensión arterial:		Sistema nervioso:
Várices:		Otros:
Agudeza visual: Lejos OD: / OI: /		

Conclusión Examen Clínico.....

.....

☐ EL MÉDICO QUIE SUSCRIBE ACREDITA QUE EL SOLICITANTE ES APTO PARA PARTICIPAR DE COMPETENCIAS DE MOTOCICLISMO DEPORTIVO

☐ OBSERVADO.....

Firma y Sello del Médico

Informe ECG: Normal: **Observado:**

Solicitante, Madre o Padre (si fuera menor de edad)

Firma:.....

DNI:.....

Aclaración: