

NÚMERO DE CARNET

ejemplo 1

DEPARTAMENTO DE RECREACIÓN Y DEPORTES

FICHA MÉDICA

APELLIDO y NOMBRE: Matias Galanti DNI: 43271197
FECHA DE NACIMIENTO: 05/04/2001 EDAD: 23 TELEFONO: 3517627638
E-MAIL: galantimatasjesus@gmail.com OBRA SOCIAL: NÚMEROAF:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

OTROS DIAGNÓSTICOS: ejemplo 1

FECHA DE DAÑO o AÑOS DE ENFERMEDAD: ejemplo 1

ALTERACIONES FUNCIONALES: ejemplo 1

DERIVACIÓN MÉDICA o INSTITUCIÓN ☐ Cuál? ejemplo 1 ESPONTÁNEO ☐ Otro ☐

APARATO CARDIOVASCULAR

Para ser completado por MÉDICO CARDIÓLOGO (SIN EXCEPCIÓN):

HTA ☐ ENF. CORONARIA ☐ ARRITMIAS ☐ OTRAS: ejemplo 1

Informe detallado de ECG *ADJUNTAR ECG (Original o Copia)*

ejemplo 1

Consideraciones o limitaciones:

APTO CARDIOLÓGICO: ¿Apto para realizar actividad física? ☐ SI ☐ NO

ejemplo 1

Fecha/...../ 20.....

Firma y Sello del Cardiólogo

AUTORIZO A REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES (Consultar en www.snr.gob.ar implicancia de cada actividad)

ACTIVIDADES	Marcar con "x"	ACTIVIDADES	Marcar con "x"
GIMNASIA EN PISCINA CLIMATIZADA (33° +/-1° C)	x	DANZA MOVIMIENTO CREATIVO	
GIMNASIA EN PISCINA DESCUBIERTA FRÍA		ACTIVIDADES DEPORTIVAS RECREATIVAS	x
GIMNASIA ACONDICIONAMIENTO FÍSICO		ACTIVIDADES DEPORTIVAS COMPETITIVAS	
GIMNASIA POSTURAL, YOGA, STRETCHING		INICIACIÓN DEPORTIVA (de 8 a 18 años de edad)	
MUSCULACIÓN (GIMNASIO) C/APARATOS Y/O EJ. AERÓBICOS)		PILATES	x

Tiempo máximo de permanencia en el agua: ejemplo 1... minutos

ejemplo 1

INDICACIONES ACTIV. FÍSICA:

CONTRAINDICACIONES ACTIVIDAD FÍSICA: ejemplo 1

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

APARATO RESPIRATORIO

EPOC ☒ ASMA ☐ FIBROSIS PULMONAR ☒

TRAQUEOTOMÍA ☒ OTROS.....

(Cuando corresponda adjuntar espirometría)

APARATO OSTEOARTICULAR

ARTROSIS ☐ ARTRITIS REUMATOIDEA u OTRAS ☐

OSTEOPOROSIS ☐ DISCOPATÍAS ☐ OTROS ☐

(Breve descripción de historia de la enfermedad)

APARATO DIGESTIVO

COLOSTOMÍA ☐

(Breve descripción de enfermedad cuando corresponda)

AP. GÉNITO URINARIO

INSUFICIENCIA RENAL ☒ DIÁLISIS ☐

SONDA VESICAL ☒ OTROS.....

(Breve descripción de historia de la enfermedad)

ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS

EPILEPSIA ☒ ENF. DEGENERATIVAS ☐

ENF. MUSCULARES ☐ PARKINSON ☒ ACV ☐

OTROS.....

(Breve descripción de historia de la enfermedad)

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS

(Adjuntar informe en caso de que corresponda)

ANTECEDENTES ENDÓCRINO-METABÓLICOS

DBT ☐ USA INSULINA SI ☐ NO ☒

SOBREPESO/OBESIDAD ☒

OTROS.....

CIRUGÍAS

ALERGIAS

SI ☒ NO ☐

Especificar.....

MEDICACIÓN (droga)

EL PRESENTE APTO MÉDICO TIENE UNA VIGENCIA DE: 3 - 6 - 9 - 12 MESES
(Marcar con un círculo el período que corresponda)

Teléfono de contacto para interconsultas:.....ejemplo 1.....

El/la Sr. /Sra.....ejemplo 1.....DNI N°.....se encuentra apto para las prácticas citadas, habiendo tomado conocimiento de los antecedentes que acompañan el presente.

IMPORTANTE: La presente ficha médica debe estar correctamente completada en todos los ítems requeridos para tener validez.

Buenos Aires,...../.20....

ejemplo 1

Firma y Sello: