

LLENAR POR EL INTERESADO/A ANTES DE CONCURRIR AL MEDICO (1ER CARILLA)

FECHA \_\_\_ DE \_\_\_ DEL \_\_\_.

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TEL/CELULAR: \_\_\_\_\_

EXPLIQUE LAS RESPUESTAS "SI" ABAJO  
 MARQUE CON UN CIRCULO LO QUE NO SEPA COMO RESPONDER

		SI	NO			SI	NO
1. ¿Ha tenido alguna lesión en el último año? ¿Tiene alguna enfermedad crónica?				7. ¿Usted tiene asma? ¿Tiene alergia estacional que requiera tratamiento?			
2. ¿Alguna vez estuvo internado/a? ¿Tuvo alguna cirugía recientemente?				8. ¿Usa equipo de protección o correctiva para practicar su deporte (protector dental, férula, rodillera, etc.)?			
3. ¿Está tomando actualmente alguna medicación, pastilla o inhalador prescrito o no por un médico? En el caso de responder de manera afirmativa ¿Cuál? _____				9. ¿Tiene algún trastorno en la visión? ¿Usa anteojos, lentes de contactos o lentes de protección?			
4. ¿Tiene algún tipo de alergia (ej. Polen, comida, medicación o picadura de insecto)?				10. ¿Alguna vez tuvo un traumatismo de cráneo? ¿Alguna vez perdió el conocimiento o perdió la memoria por un traumatismo de cráneo?			
5. ¿Alguna vez tuvo dificultades para realizar ejercicio? Ej. Dificultad respiratoria, Dolor de pecho, de cabeza etc. En el caso de responder de manera afirmativa ¿Cuál? _____				11. ¿Alguna vez tuvo distensión muscular o tendinosa, esguince o hinchazón después de un traumatismo? ¿Alguna vez tuvo fractura de huesos o luxación de una articulación?			
6. ¿Tuvo o tiene alguna cardiopatía? En el caso de responder de manera afirmativa ¿Cuál? _____				Si respondió SI, marque el lugar y explique abajo:			
7. ¿En el último mes tuvo alguna enfermedad viral? En el caso de responder de manera afirmativa ¿Cuál? _____				Cabeza	Codo	Cadera	
				Cuello	Antebrazo	Muslo	
				Lumbar	Muñeca	Rodilla	
				Tórax	Mano	Pierna	
				Hombros	Dedos	Tobillo	
				Miembros superior		Pie	

¿ALGUNA VEZ UN MÉDICO LE DIJO QUE CONSULTARA A UN CARDIOLOGO? (Indique con un círculo lo que corresponde) SI-NO DEJO

CONSTANCIA QUE, EN MI CONOCIMIENTO, LAS RESPUESTAS ARRIBA CONTESTADAS CON CORRECTAS.

FIRMA PADRE O TUTOR (Menor de 18 años) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_  
 VISION D/ \_\_\_\_\_ I/ \_\_\_\_\_ CORRECCIÓN S I / NO PUPILAS: IGUALES: \_\_\_\_\_ DESIGUALES: \_\_\_\_\_

	NORMAL	HALLAZGO ANORMAL	INICIAL*
MEDICO			
APARIENCIA			
OJOS/OIDOS/NARIZ/GARGANTA			
GANGLIOS			
CORAZÓN			
PULSOS			
RESPIRATORIO			
ABDOMEN			
GENITALES (HOMGRES SOLO)			
PIEL			
MUSCULO ESQUELETICO			
CUELLO			
ESPALDA			
HOMBRO/BRAZO			
MUÑECA/MANO			
CADERA/MUSLO			
RODILLA			
PIERNA/TOBILLO			
PIE			

\*SOLO EN EXAMEN BASADO EN ESTACIONES.

ECOGRAFÍA OBLIGATORIA CONFORME LO REQUIERA EL MÉDICO.

ERGOMETRÍA: \_\_\_\_\_

ECOCARDIOGRAMA: \_\_\_\_\_

RADIOGRAFÍA TORAX: \_\_\_\_\_

INFORME

- APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVA.  
 APTO LUEGO DE COMPLETAR EVALUACIÓN/ REHABILITACIÓN DE \_\_\_\_\_

NO APTO POR \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR AL.....