

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

FECHA _____ DE _____ DEL _____.

APELLIDO Y NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD _____

OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL/CELULAR: _____

MARQUE CON UN CIRCULO LO QUE NO SEPA COMO RESPONDER y MARQUE CON UN “X” POR SI O POR NO.

	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 prescripto 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 fractura, esguince? Si respondió: si, Explique cual _____		
6. ¿Tuvo o tiene alguna cardiopatía? En el caso de responder de manera afirmativa ¿Cuál? _____			12. ¿Tuvo algún familiar de primer grado (¿padre, madre u hermanos que haya sufrido muerte súbita o infarto?		
7. ¿En el último mes tuvo alguna enfermedad viral? En el caso de responder de manera afirmativa. ¿Cuál? _____					

¿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: _____ A CLARACIÓN: _____

FICHA MEDICA – A COMPLETAR POR PROFESIONAL DE LA SALUD.

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			
PIEL			
MUSCULO ESQUELETICO			
CUELLO			
ESPALDA			
HOMBRO/BRAZO			
MUÑECA/MANO			
CADERA/MUSLO			
RODILLA			
PIERNA/TOBILLO			
PIE			

*SOLO EN EXAMEN BASADO EN ESTACIONES.

OBLIGATORIA CONFORME LO REQUIERA EL MÉDICO,

ELECTROCARDIOGRAMA: _____

ECOCARDIOGRAMA: _____

RADIOGRAFÍA TORAX: _____

INFORME

☐ APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

☐ APTO LUEGO DE COMPLETAR EVALUACIÓN/ REHABILITACIÓN DE _____

☐ NO APTO POR _____

RECOMENDACIONES:_____

NOMBRE DEL MÉDICO:_____FECHA: / / .

FIRMA DEL MEDICO _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR AL.....