



# FICHA MEDICA

## ACTIVIDAD FISICA

Datos Personales		
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento: ...../...../.....	Grupo Sanguineo:	Factor:
Domicilio:		Tel. Particular:
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:		D.N.I.:
Domicilio:		Tel. de Contacto:

### Para ser completado por el medico

#### Historia Clinica (\*)

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1 ..... Enfermedades Congenitas	18 ..... Paperas	35 ..... Enfermedades de la Sangre
2 ..... Traumatismos	19 ..... Sarampion	36 ..... Enfermedades de Ganglios
3 ..... Operaciones	20 ..... Enfermedades Digestivas	37 ..... Enfermedades de la Vista
4 ..... Golpes Fuertes	21 ..... Hepatitis- Enf del Higado	38 ..... Enfermedades Glandulares
5 ..... Lesiones Articulares	22 ..... Enfermedades Renales	39 ..... Intervenciones Quirurgicas
6 ..... Fracturas- Esguinces	23 ..... Infecciones Urinarias	40 ..... Heridas
7 ..... Enfermedades de los Huesos	24 ..... Enfermedades Genitales	41 ..... Enfermedades de la Piel
8 ..... Enfermedades Musculares	25 ..... Enfermedades Neurologicas	42 ..... Enfermedades Auditivas
9 ..... Fiebre Reumatica	26 ..... Dolores de Cabeza-Mareos	43 ..... Infecciones Cronicas
10 ..... Artritis-Artrosis	27 ..... Convulsiones - Epilepsia	44 ..... Psoriasis
11 ..... Enfermedades Respiratorias	28 ..... Perdida de Conocimiento	45 ..... Consume Alcohol
12 ..... Enfermedades Articulares	29 ..... Deshidratacion	46 ..... Consume Tabaco
13 ..... Sinusitis-Otitis-Anginas	30 ..... Enfermedades Psiquiatricas	47 ..... Enf de Transmisio Sexual
14 ..... Asma	31 ..... Diabetes	48 ..... Recibio Transfusiones
15 ..... Neumonia- Bronconeumonia	32 ..... Chagas	49 ..... Recibio Hemodialisis
16 ..... Varicela	33 ..... Soplos del Corazon	50 ..... Hipertension Arterial
17 ..... Rubeola	34 ..... Enfermedades Cardiacas	51 ..... Toma Medicacion

#### Es Alergico a:

- |                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| ..... Polvo, Polen | ..... Antibioticos          |
| ..... Medicamentos | ..... Picaduras de Insectos |
| ..... Plumas       | ..... Otros (especificar)   |
| ..... Comidas      |                             |

#### Calendario de Vacunacion Completo

52 - Si ..... No .....  
Completar al dorso dosis faltante

#### Valoracion Funcional

Frecuencia Cardiaca Basal .....  
Frecuencia Respiratoria Basal .....  
Tension Arterial Basal .....

#### E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)

Peso .....  
Altura .....  
Talla Sentado .....

#### Evaluacion Clinica

53 ..... Cabeza y Cuello	57 ..... Boca y Faringe	61 ..... Abdomen
54 ..... Ojos	58 ..... Nariz y Pulmones	62 ..... Columna Vertebral
55 ..... Oidos	59 ..... Corazon	63 ..... Neurologico
56 ..... Toma Medicacion (Especificar)	60 ..... Pulsos Perifericos	64 ..... Comentarios de Importancia

¿Realiza Actividad Fisica? SI ..... NO ..... ¿Cuál? .....

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces por semana Todos los dias

¿Se realizo algun estudio complementario a sugerencia del medico evaluador o tiene hecho alguno? SI ..... NO .....

¿Cuál? ECG ..... TAC ..... RMN ..... Ergometria ..... Estudios de laboratorio .....

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que ..... de ..... años de edad, cuya historia clinica queda en ..... ha sido examinado clinicamente y se encuentra apto para realizar actividad fisica.

Firma y Sello del Medico

Localidad, Fecha y Hora

(\*) En caso de marcar con (X) alguna opcion por favor aclarar al dorso de la pagina anteponiendo el numero de la opcion.