



# FICHA MÉDICA - ACTIVIDAD FÍSICA

## Datos Personales

Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento:   ...../...../.....	Grupo Sanguíneo:	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 Clínica (\*) Marcar con una X aquellas opciones que resulten positiva

1 .....	Enfermedades Congénitas	18 .....	Paperas	35 .....	Enfermedades de la Sangre
2 .....	Traumatismos	19 .....	Sarampión	36 .....	Enfermedades de Ganglios
3 .....	Operaciones	20 .....	Enfermedades Digestivas	37 .....	Enfermedades de la Vista
4 .....	Golpes Fuertes	21 .....	Hepatitis- Enf. del Hígado	38 .....	Enfermedades Glandulares
5 .....	Lesiones Articulares	22 .....	Enfermedades Renales	39 .....	Intervenciones Quirúrgicas
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 Neurológicas	42 .....	Enfermedades Auditivas
9 .....	Fiebre Reumática	26 .....	Dolores de Cabeza-Mareos	43 .....	Infecciones Crónicas
10 .....	Artritis-Artrosis	27 .....	Convulsiones - Epilepsia	44 .....	Psoriasis
11 .....	Enfermedades Respiratorias	28 .....	Pérdida de Conocimiento	45 .....	Consume Alcohol
12 .....	Enfermedades Articulares	29 .....	Deshidratación	46 .....	Consume Tabaco
13 .....	Sinusitis-Otitis-Anginas	30 .....	Enfermedades Psiquiátricas	47 .....	Enf. de Transmisión Sexual
14 .....	Asma	31 .....	Diabetes	48 .....	Recibió Transfusiones
15 .....	Neumonía- Bronconeumonía	32 .....	Chagas	49 .....	Recibió Hemodiálisis
16 .....	Varicela	33 .....	Soplos del Corazón	50 .....	Hipertensión Arterial
17 .....	Rubeola	34 .....	Enfermedades Cardíacas	51 .....	Toma Medicación

## Es Alérgico a:

.....	Polvo, Polen	.....	Antibióticos
.....	Medicamentos	.....	Picaduras de
.....	Plumas	.....	Otros (especificar)
.....	Comidas		

## Calendario de Vacunación

52	SI .....	NO .....
Completar al dorso dosis faltante		

## Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal	.....
Frecuencia Respiratoria Basal	.....
Tension Arterial Basal	.....

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

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

### Evaluación Clínica

53 .....	Cabeza y Cuello	57 .....	Boca y Faringe	61 .....	Abdomen
54 .....	Ojos	58 .....	Nariz y Pulmones	62 .....	Columna Vertebral
55 .....	Oídos	59 .....	Corazón	63 .....	Neurológico
56 .....	Toma Medicación (Especificar)	60 .....	Pulsos Periféricos	64 .....	Comentarios de importancia

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

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

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno?

¿Cuál?      ECG ..... TAC ..... RMN ..... Ergometría .....

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta lista

**Certifico que** .....de ..... años de edad cuya historia clínica queda en ....., ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividad física.

.....

.....

Firma y Sello del Médico

Localidad, fecha y hora

**(\*) En caso de marcar con (X) alguna opción, por favor aclarar al final de la página, anteponiendo el número de opción.**