



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 Clínica (*)

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 Hgado	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.