

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Apellidos:..... Nombres:..... DNI:.....  
 Fecha de Nacimiento:...../...../..... Grupo Sanguíneo:..... Factor:..... Obra Social:..... N° Afiliado.....  
 Domicilio..... Tel.Contacto:..... Localidad:..... Provincia:.....  
 Nombre del Padre, Tutor o Encargado:..... DNI:.....  
 Domicilio:..... Tel. de Contacto:.....

**HISTORIA CLÍNICA Para ser completado por el médico (Marcar aquellas opciones positivas)**

1 <input type="checkbox"/>	Enfermedades congénitas	9 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Auditivas/Vista	17 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	25 <input type="checkbox"/>	Diabetes/Chagas
2 <input type="checkbox"/>	Traumatismos	10 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Glandulares	18 <input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza-Mareos Pérdida de conocimiento	26 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas-Soplo. Hipertensión arterial
3 <input type="checkbox"/>	Lesiones- Fracturas - Esguinces	11 <input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas	19 <input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia	27 <input type="checkbox"/>	Varicela/Rubeola
4 <input type="checkbox"/>	Enfermedad de los Huesos. Fiebre Reumática	12 <input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel. Heridas	20 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	28 <input type="checkbox"/>	Paperas/Sarampion
5 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Articulares/Musculares	13 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Digestivas	21 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Genitales/Trasm.Sexual	29 <input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios
6 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias	14 <input type="checkbox"/>	Hepatitis - Enf.del Hígado	22 <input type="checkbox"/>	Deshidratación	30 <input type="checkbox"/>	Infecciones crónicas
7 <input type="checkbox"/>	Neumonía – Bronconeumonía - Asma	15 <input type="checkbox"/>	Enfermedades Renales. Infecciones Urinarias	23 <input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre	31 <input type="checkbox"/>	Consume alcohol/Tabaco
8 <input type="checkbox"/>	Sinusitis - Otitis - Anginas	16 <input type="checkbox"/>	Recibió Hemodiálisis?	24 <input type="checkbox"/>	Recibió Transfusiones?	32 <input type="checkbox"/>	Toma medicación?

Aclarar medicación que toma.....  
 Es alérgico a (especificar).....  
 Calendario vacunación completo: SI - NO (Completar al dorso dosis faltantes)

**VALORACION FUNCIONAL**

Ergometría o EGC-Informe.....

Frecuencia Cardíaca Basal..... Tensión Arterial Basal..... Altura .....

Frecuencia Respiratoria Basal..... Peso ..... Talla Sentado.....

**EVALUACION CLINICA**

33 <input type="checkbox"/>	Cabeza y Cuello	35 <input type="checkbox"/>	Boca y Faringe	37 <input type="checkbox"/>	Abdomen	39 <input type="checkbox"/>	Neurológico
34 <input type="checkbox"/>	Ojos- Oídos	36 <input type="checkbox"/>	Nariz y Pulmones	38 <input type="checkbox"/>	Columna Vertebral	40 <input type="checkbox"/>	Comentarios de Importancia

**EVALUACION PODOLOGICA**

**Tipo de Pisada**

<input type="checkbox"/>	Supinador
<input type="checkbox"/>	Tronador

**Tipo de piernas**

<input type="checkbox"/>	Recurvatum
<input type="checkbox"/>	Normal
<input type="checkbox"/>	Valgo
<input type="checkbox"/>	Varo

**Tipo de Pie**

<input type="checkbox"/>	Pie griego
<input type="checkbox"/>	Pie egipcio

**El pie es**

<input type="checkbox"/>	Normal
<input type="checkbox"/>	Plano
<input type="checkbox"/>	Cavo Pie Polinesio Cuadrado

*Dejo constancia que el deportista mencionado en la parte superior, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo, estado madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.*

.....  
Firma y Sello del Médico

.....  
Localidad y Fecha

*Según mi leal consentimiento, autorizo al deportista mencionado al principio de este certificado a participar en prácticas y eventos de patin artístico y declaro verídicos todos los datos que proporciona el presente cuestionario.*

.....  
Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado  
(marcar lo que corresponde)

.....  
Aclaración

.....  
DNI