

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

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 patín artístico y declaro verídicos todos los datos que proporciona el presente cuestionario.

.....

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

Aclaración

DNI