

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

**FICHA MÉDICA 2025**

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

**OBSERVACIONES:** .....

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, teniendo validez por un año.

.....  
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
--	------------	-----

**ESTE DOCUMENTO ES UNA DECLARACION JURADA, POR LO QUE LOS DATOS Y FIRMAS DEBEN SER REALES Y VERDADERAS, SIENDO LOS PADRES O TUTORES A CARGO, RESPONSABLES DE LA MISMA.**