

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	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-Sopl. 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		

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.

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.