



CLUB COMUNICACIONES

FICHA MÉDICA PARA MAYORES DE 18 AÑOS

Apellido y nombre:.....Nº Socio.....

D.N.I.:..... Edad:..... Deporte.....

Domicilio:.....Localidad.....

Código Postal:.....Teléfono.....

Teléfonos en caso de emergencia:.....

Obra Social.....Afiliado n°.....Teléfono.....

APTO MÉDICO para ser completado por médico cardiólogo o clínico luego de evaluar:

Aparato respiratorio:.....

Auscultación cardíaca.....

Tensión Arterial.....

Pulsos periféricos.....

E.C.G. de esfuerzo

Ecocardiograma.....

Evaluación odontológica.....

.....

Laboratorio (Hemograma, Glucosa, Serología, KPTT, Quick, Hepatograma, Colesterol, Orina)

.....

Talla:.....Peso:.....

Grupo Sanguíneo.....Factor RH:.....

Es alérgico? A que?.....

Como se manifiesta?.....

Se le puede aplicar inyecciones? SI / NO

Se encuentra bajo tratamiento médico? SI / NO Cual?.....

Vacunación completa: SI / NO

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS. Marcar con una x lo que corresponda

SI	NO		SI	NO	
		Enfermedades congénitas			Enfermedades genitales
		Intervenciones quirúrgicas			Enfermedades neurológicas
		Traumatismos-golpes fuertes-heridas			Dolores de cabeza-Mareos
		Luxaciones y otras lesiones			Convulsiones-Epilepsia
		Fracturas			Pérdida de conocimiento
		Enfermedades articulares-Artritis-Artrosis			Deshidratación
		Enfermedades de los huesos			Enfermedades psiquiátricas
		Fiebre reumática			Diabetes
		Esguinces			Soplos del corazón
		Enfermedades respiratorias			Enfermedades cardíacas
		Enfermedades alérgicas			Hipertensión arterial
		Sinusitis-Otitis-Anginas			Enfermedades de la sangre
		Asma			Enfermedades circulatorias
		Neumonía-bronconeumonía			Enfermedades glandulares
		Varicela			Enfermedades de la vista
		Rubeola			Enfermedades digestivas
		Paperas			Hepatitis-Enfermedades del hígado
		Sarampión			Enfermedades de la piel
		Difteria			Toma alguna medicación?
		Tos convulsa			Consume alcohol?
		Enfermedades renales			Consume tabaco?
		Infecciones urinarias			Otras enfermedades

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS. Marcar con una x lo que corresponda

TIENEN O HAN TENIDO	PADRE		MADRE		HERMANOS		ABUELOS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Enfermedades alérgicas – Asma								
Tumores o enfermedades tumorales								
Diabetes – Obesidad								
Enfermedades del corazón								
Enfermedades neurológicas								
Convulsiones – Epilepsia								
Enfermedades psiquiátricas								
Enfermedades respiratorias								
Enfermedades digestivas								
Enfermedades renales								
Enfermedades de la sangre y ganglios								
Hipertensión arterial								
Otras enfermedades								

La consignación de los antecedentes de salud que figuran en las 2 tablas precedentes revisten carácter de declaración jurada. La omisión o inexactitud de esas declaraciones responsabilizan directamente al deportista, liberando de toda responsabilidad jurídica al profesional actuante y al Club Comunicaciones.

CONCLUSIÓN MÉDICA

Según los estudios y la evaluación clínica realizada, se establece que el/la deportista.....

.....**APTO/NO APTO** PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE COMPETENCIA ACORDE A SU EDAD Y SEXO.

Fecha

Firma y sello del Médico

CONSENTIMIENTO

YO.....
 acepto integrar equipos representativos del Club Comunicaciones tanto para desempeñarme como jugador/a titular y/o suplente y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Firma

Fecha:.....

