



CLUB COMUNICACIONES

FICHA MÉDICA PARA MENORES 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. basal (menores de 16 años).....

E.C.G. de esfuerzo (mayores de 16 años).....

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

Autorizo a mi hijo/a.....
a integrar equipos representativos del Club Comunicaciones tanto para desempeñarse como jugador/a titular y/o suplente y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Firma padre /madre o tutor

Fecha:.....

Nombre y Apellido:..... D.N.I.:.....