



FICHA MÉDICA - ACTIVIDAD FÍSICA

Datos Personales

Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento:/...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Tel. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:	D.N.I.:	
Domicilio:	Tel. de Contacto:	

Para ser completado por el medico

Historia Clínica (*) Marcar con una X aquellas opciones que resulten positiva

1	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enfermedades de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis- Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas- Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enfermedades Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza-Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis-Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de Conocimiento	45	Consume Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consume Tabaco
13	Sinusitis-Otitis-Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15	Neumonía- Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión Arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma Medicación

Es Alérgico a:

.....	Polvo, Polen	.....	Antibióticos
.....	Medicamentos	.....	Picaduras de
.....	Plumas	.....	Otros (especificar)
.....	Comidas		

Calendario de Vacunación

52	SI	NO
Completar al dorso dosis faltante		

Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal	.....
Frecuencia Respiratoria Basal	.....
Tensión Arterial Basal	.....

E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)

.....	.....	Peso	.....
.....	.....	Altura	.....
.....	.....	Talla	.....
.....	.....	Sentado	.....

Evaluación Clínica

53	Cabeza y Cuello	57	Boca y Faringe	61	Abdomen
54	Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral
55	Oídos	59	Corazón	63	Neurológico
56	Toma Medicación (Especificar)	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de importancia

¿Realiza Actividad Física? SI NO ¿Cuál?

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces por semana Todos los días

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno?

¿Cuál? ECG TAC RMN Ergometría

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta lista

Certifico que de años de edad cuya historia clínica queda en, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividad física.

.....

.....

Firma y Sello del Médico

Localidad, fecha y hora

(*) En caso de marcar con (X) alguna opción, por favor aclarar al final de la página, anteponiendo el número de opción.