

TEMPORADA 08-09



FOTO

CATEGORÍA:

FICHA MEDICA

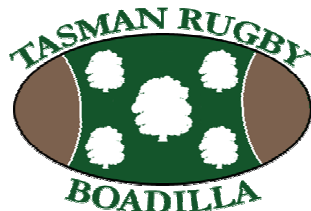
Nombres y Apellidos:
Nacionalidad:
Fecha Nac. :
DNI:
Domicilio:
Localidad:
Provincia:
Cod. Post. :
Teléfono:

ANTECEDENTES PERSONALES

Observaciones

	SÍ	NO	
Pérdida de conocimiento:	SÍ	NO	
Convulsiones:	SÍ	NO	
Tratamiento Psicológico	SÍ	NO	
Problemas Sanguíneos:	SÍ	NO	
Trastornos Oculares:	SÍ	NO	
Asma:	SÍ	NO	
Alergia:	SÍ	NO	
Antecedentes Cardíacos:	SÍ	NO	
Hipertensión Arterial:	SÍ	NO	
Problemas Urogenitales:	SÍ	NO	
Ant. Ulcera Gastroduodenal:	SÍ	NO	
Toma algún Medicamento:	SÍ	NO	
Usó drogas prohibidas:	SÍ	NO	
Toma Alcohol:	SÍ	NO	

Por el presente declaro que: no he tenido, ni tengo prohibida la práctica de ningún deporte por razones médicas. Toda la información que he suministrado, la realizo en carácter de declaración jurada.



EXAMEN CLINICO OBLIGATORIO

(Debe ser completado por el profesional medico)

A- EXAMEN ANTROPOMETRICO

Peso:	Altura:	Circunf. Torácica:
-------	---------	--------------------

B- EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Visión Cercana:
Visión Lejana:
Visión Cromática:

C- EXAMEN CARDIOVASCULAR

Tipo de Tórax:	SAT O ₂ :
Auscultación:	
Frecuencia Respiratoria:	
Frecuencia Cardíaca:	GRUPO SANGUÍNEO:
Tensión Arterial: Máxima:	Mínima:

D- EXAMEN NEUROLOGICO

Marcha:	Reflejos:
Tono:	Motilidad:

D- INMUNIZACIONES

Recibió vacuna antitetánica:	en que fecha:
------------------------------	---------------

E- EXAMENES COMPLEMENTARIOS

ECG (OPCIONAL)

ERGOMETRÍA

Cráneo y Cuello

Tórax-Abdomen

MMII

SUGERENCIAS

Aptitud (indicar sí es apto para la práctica de deportes de alto riesgo)

Fue revisado por el Dr/a:
Colegiado N°:

Firma y Sello del Médico