



Club Comunicaciones // FICHA MEDICA
PARA MAYORES DE 18 AÑOS

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 nº.....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

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



Club Comunicaciones // FICHA MEDICA
PARA MAYORES DE 18 AÑOS

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 cardiacas
		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:.....