

FORMULARIO FICHA MÉDICA

Deberá ser llenada por el deportista o médico personal del mismo. La misma tiene como finalidad conocer el estado actual de salud, mediante una encuesta clínica de rutina, la cual nos permitirá conocer alguna enfermedad o padecimiento, o poner en conocimiento del profesor algún recaudo.

Nombre y Apellido:

Teléfono:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Obra Social/ Pre-paga:

Tel. emergencia:

Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades (marque con un círculo la opción que corresponda):

Epilepsia	SI	NO
Asma bronquial	SI	NO
Hernias	SI	NO
Enfermedades del corazón	SI	NO
Meningitis	SI	NO
¿Es Diabético?	SI	NO
¿Sigue un régimen especial?	SI	NO
¿Cuál?.....		
.....		
¿Sufre alguna enfermedad crónica?	SI	NO
¿Cuál?		
Toma alguna medicación	SI	NO
¿Cuál?.....		
¿Es alérgico? ¿A qué?.....	SI	NO
¿Es alérgico a algún medicamento?	SI	NO
¿Cuál?.....		

TRAUMATOLOGICO:

¿Tuvo fracturas?	SI	NO
Donde.....		
Otro tipo de lesión.....		

QUIRURGICO

¿Qué cirugía?.....	SI	NO
--------------------	----	----

HABITOS PERSONALES:

FUMA	SI	NO
------	----	----

GRUPO SANGUINEO

Grupo..... Factor.....

Puede utilizar la parte de atrás de esta hoja para ampliar cualquier comentario que considere útil, agregue al presente formulario fotocopias de documentación que considere conveniente.

FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE:

FIRMA DEL DEPORTISTA: