

FORMULARIO FICHA MÉDICA

Deberá ser llenada por el 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:

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 SI NO
¿Qué cirugía?.....

EMBARAZO

SI - NO

GRUPO SANGUINEO

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

APTO FÍSICO UNRaf, Certifico haber examinado a _____ DNI
_____ quien se encuentra en condiciones físicas para realizar actividades gimnásticas y deportivas.
Para ser presentado ante las autoridades de Universidad Nacional de Rafaela.

Firma del Profesional Aclaración

N° de matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

FIRMA DEPORTISTA: