UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

DIRECCIÓN DE DEPORTES

Datos Personales del Deportista

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 médico

Historia Clínica (*)

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

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 de 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	
		Medicamentos	
		Plumas	
		Comidas	
		Antibióticos	
		Picaduras de Insectos	
		Otros (Especificar)	

.....

Calendario de Vacunación Completo

52 [ ] SI [ ] NO

Completar al dorso dosis faltantes

Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	
Tensión Arterial Basal	

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

Peso	
Altura	
Talla Sentado	

Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

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 [ ] ¿Cual?_____

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

¿Se realizo algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI [ ] No [ ]

¿Cuál? ECG [ ] Ergometria [ ] TAC [ ] RMN [ ] Estudios de laboratorio [ ]

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que…….de…….años de edad, cuya historia clínica queda en……, ha sido examinado y se encuentra APTO PARA REALIZAR EJERCICIO FÍSICO.

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción