

**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:**

<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen
<input type="checkbox"/>	Medicamentos
<input type="checkbox"/>	Plumas
<input type="checkbox"/>	Comidas

<input type="checkbox"/>	Antibióticos
<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)

**Calendario de Vacunación Completo**

52	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
----	--------------------------	----	--------------------------	----

**Valoración Funcional**

Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Peso	<input type="text"/>
Altura	<input type="text"/>
Talla Sentado	<input type="text"/>

**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	

Certifico que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, ha sido examinado clínicamente \_\_\_\_\_, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

\_\_\_\_\_  
Localidad, Fecha y Hora

Según mi leal consentimiento autorizo a \_\_\_\_\_, D.N.I.: \_\_\_\_\_ a realizar el deporte..... 2021 y declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario.



FIRMA y ACLARACION de Padre madre o tutor:-----



MUNICIPALIDAD DE HERNANDARIAS