



FICHA MÉDICA - Temporada 2018-2019

Apellido y Nombres: _____ Edad: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____

Obra Social: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Por favor, marque lo que corresponda:

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
01	Enfermedades cardiovasculares - Cardiopatías congénitas - Arritmias - Hipertensión arterial		
02	Enfermedades endocrino-metabólicas - Obesidad - Diabetes		
03	Problemas respiratorios - Asma - Broncoespasmos - Laringitis recurrente		
04	Problemas neurológicos - Convulsiones o epilepsia - Trastorno del espectro autista - Trastorno de la conducta		
05	Alergias - Medicamentos - Insectos		

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
06	Enfermedades gastrointestinales - Celiaquía - Alergias o intolerancia a alimentos		
07	Antecedentes - Fractura o luxación - Lesión ligamentosa		
08	Otras enfermedades crónicas o de base		
09	Medicación de uso habitual		
10	Vacunación completa		

CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FÍSICAS

Certifico que, DNI N°..... de.....años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las.....hs. y aparece en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas/deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:.....

.....

Firma del padre/madre o responsable legal
DNI N°.....

.....

Firma y sello del médico

Fecha:/...../.....