DIRECCION de DEPORTES

 FICHA MÉDICA

|  |
| --- |
| Datos Personales |
| APELLIDO - NOMBRES | Teléfono |
| DOMICILIO | Código Postal |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| UNIVERSIDAD | AÑO INGRESO |
| CARRERA |  |
| ACTIVIDAD DEPORTIVA INSCRIPTO/A |  |
| Teléfonos en caso de emergencia  |
| Obra Social | Número de afiliado | DNI  |
| Grupo Sanguíneo | Apellido, Nombre y TEL del Médico de Cabecera: |
|   |  |

Marcar con una cruz donde corresponda

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EnfermedadesPadecidas (a la fecha) | IntervencionesQuirúrgicas | Vacunas- Sueros | Otras |
| * Sarampión
* Paperas
* Tos Convulsa
* Escarlatina
* Difteria
* Poliomielitis
* Varicela
* Viruela
* Meningitis
* Asma
* Hepatitis, ¿qué tipo?\_\_\_\_
* Enfermedades Cardiacas
* Enfermedades Renales
* Enfermedades Respiratorias
* Enfermedades Digestivas
* Otras\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Otra\_\_\_\_\_\_\_\_
 | Consignar las fechas de cada una.* Apendicitis

Fecha: \_\_\_\_\_\_* Amigdalitis

Fecha: \_\_\_\_\_\_* Hernia

Fecha: \_\_\_\_\_\_* Otras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Operaciones?\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_Columna* Cifosis
* Lordosis
* Escoliosis
* Otra
 | Consignar las fechas de la última dosis* Antitetánica

\_\_\_\_11/07/2017\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Doble

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Antipolio

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Tuberculosis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Otras
 | * Sonambulismo
* Desmayos
* Constipación
* Reuma
* Diabetes
* Bronquitis
* Epilepsia
* Afecciones al oído
* Afecciones a la vista
* Sinusitis
 |
| Alergia a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Usa anteojos?\_\_\_\_\_\_SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Usa ortodoncia?\_\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ¿Sigue algún tratamiento? NO | ¿Cuál? |
| ¿Administración actual de medicamentos? NO | ¿Cuál? ¿A que horas? |
| ¿Tiene régimen de comida especial?NO | ¿Cuál? |
| ¿Tiene presión alta?NO | ¿Toma algún medicamento? NO |

 Por la presenta declaro que los datos arriba consignados son fiel expresión de la verdad y tienen valor de declaración jurada.

Firma y Sello del Medico

Aclaración, lugar y fecha