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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Enfermedades  Padecidas (a la fecha) | Intervenciones  Quirúrgicas | | 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