

FICHA MÉDICA

Nombres y Apellidos: _____ DNI: _____ EDAD _____

ANTECEDENTES PERSONALES

MARQUE: **SI** o **NO**

Grupo Sanguíneo y Factor RH: _____

Vacuna Antitetánica Obligatoria: _____

Convulsiones, Perdida Conocimiento: _____

Enfermedades Vías Respiratorias: _____

Asma Bronquial _____

Hipertensión Arterial: _____

Ruidos Cardiacos _____

Diabetes _____

Obesidad: _____

Alergia a medicamentos _____

Otras Alergias _____

Aclaraciones u Otras Afecciones: _____

Medicamentos que Recibe Habitualmente: _____

ELECTROCARDIOGRAMA O ERGOMETRIA (si corresponde)

Ritmo: _____ PR: _____ QRS: _____ Eje Eléctrico: _____ QT: _____

Desp. y Rep. Ventricular: _____

CONCLUSION: _____

En caso de necesidad llamar a: _____ Tel: _____

Certifico que el/la paciente se encuentra APTO – NO APTO, para realizar actividades deportivas acorde a la edad.
(tachar lo que no corresponda)

Fecha ____ / ____ / ____

Firma y Sello del Medico