

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Apellidos:.....Nombres:.....DNI:.....  
 Fecha de Nacimiento:...../...../..... Grupo Sanguíneo:..... Factor:.....  
 Domicilio:.....Tel.Particular:.....Tel.Celular:.....  
 Localidad:.....Provincia:.....ObraSocial:..... N° Afiliado.....  
 Nombre del Padre, Tutor o Encargado: ..... DNI:.....  
 Domicilio:.....Tel.de Contacto:.....

**HISTORIA CLÍNICA Para ser completado por el médico (Marcar con una X aquellas opciones positivas)**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas           | 13 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Vista   | 24 <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento       | 35 <input type="checkbox"/> Varicela               |
| 2 <input type="checkbox"/> Traumatismos                      | 14 <input type="checkbox"/> Enfermedades Glandulares   | 25 <input type="checkbox"/> Deshidratación                | 36 <input type="checkbox"/> Rubeola                |
| 3 <input type="checkbox"/> Lesiones Articulares              | 15 <input type="checkbox"/> Intervenciones quirúrgicas | 26 <input type="checkbox"/> Enfermedades Psiquiátricas    | 37 <input type="checkbox"/> Paperas                |
| 4 <input type="checkbox"/> Fracturas - Esguinces             | 16 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel    | 27 <input type="checkbox"/> Enfermedades Genitales        | 38 <input type="checkbox"/> Sarampión              |
| 5 <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Huesos          | 17 <input type="checkbox"/> Enfermedades Digestivas    | 28 <input type="checkbox"/> Enf.de transmisión sexual     | 39 <input type="checkbox"/> Heridas                |
| 6 <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                  | 18 <input type="checkbox"/> Hepatitis - Enf.del Hígado | 29 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre     | 40 <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas   |
| 7 <input type="checkbox"/> Enfermedades Articulares          | 19 <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales       | 30 <input type="checkbox"/> Diabetes                      | 41 <input type="checkbox"/> Consume alcohol        |
| 8 <input type="checkbox"/> Enfermedades Musculares           | 20 <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias      | 31 <input type="checkbox"/> Chagas                        | 42 <input type="checkbox"/> Consume tabaco         |
| 9 <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias        | 21 <input type="checkbox"/> Enfermedades Neurológicas  | 32 <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas-Soplos | 43 <input type="checkbox"/> Recibió Transfusiones? |
| 10 <input type="checkbox"/> Neumonía – Bronconeumonía - Asma | 22 <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza-Mareos   | 33 <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial         | 44 <input type="checkbox"/> Recibió Hemodiálisis?  |
| 11 <input type="checkbox"/> Sinusitis - Otitis - Anginas     | 23 <input type="checkbox"/> Convulsiones - Epilepsia   | 34 <input type="checkbox"/> Enfermedades de Ganglios      | 45 <input type="checkbox"/> Toma medicación? Cual? |
| 12 <input type="checkbox"/> Enfermedades Auditivas           |  |   |  |
- (Aclarar al dorso)

**Es alérgico a** (especificar).....

**Calendario vacunación completo:** SI - NO (Completar al dorso dosis faltantes)

**VALORACION FUNCIONAL** Ergometría- EGC-Informe.....

Frecuencia Cardíaca Basal..... **Peso**.....  
 Frecuencia Respiratoria Basal..... **Altura**.....  
 Tensión Arterial Basal..... **Talla Sentado**.....

**EVALUACION CLINICA**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| 46 <input type="checkbox"/> Cabeza y Cuello | 48 <input type="checkbox"/> Boca y Faringe   | 50 <input type="checkbox"/> Abdomen           | 52 <input type="checkbox"/> Neurológico                |
| 47 <input type="checkbox"/> Ojos- Oídos     | 49 <input type="checkbox"/> Nariz y Pulmones | 51 <input type="checkbox"/> Columna Vertebral | 53 <input type="checkbox"/> Comentarios de Importancia |

**EVALUACION PODOLOGICA**

**Tipo de Pisada**

- Supinador  
 Tronador

**Tipo de piernas**

- Recurvatum  
 Normal  
 Valgo  
 Varo

**Tipo de Pie**

- Pie griego  
 Pie egipcio

**El pie es**

- Normal  
 Plano  
 Cavo Pie Polinesio Cuadrado

**Dejo constancia que**.....,DNI.....,de.....años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo, estado madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

.....  
 Firma y Sello del Médico

.....  
 Localidad y Fecha

**Según mi leal consentimiento, autorizo a**.....,DNI....., a participar en....., y declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario.

.....  
 Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

.....  
 Aclaración

.....  
 DNI