CAP
CONFEDERACIÓN ARGENTINA DE PATIN

FICHA MÉDICA 2018

DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA		
Apellido:	Nombre:	DNI:
Fecha de Nacimiento: / /	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:		Tel. Particular:
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	N°Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:		DNI:
Domicilio:		Tel. de Contacto:

Para ser completado por el médico - Historia Clínica -
Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas

1		Enfermedades congénitas	**18**		Paperas	**35**		Enfermedades de la Sangre
2		Traumatismos	**19**		Sarampión	**36**		Enfermedades de Ganglios
3		Operaciones	**20**		Enfermedades Digestivas	**37**		Enfermedades de la Vista
4		Golpes Fuertes	**21**		Hepatitis-Enf.DelHigado	**38**		Enfermedades Glandulares
5		LesionesArticulares	**22**		Enfermedades Renales	**39**		Intervenciones quirúrgicas
6		Fracturas-Esguinces	**23**		Infeccionesurinarias	**40**		Heridas
7		Enfermedad de los Huesos	**24**		Enfermedades de Genitales	**41**		Enfermedades de la Piel
8		Enfermedades Musculares	**25**		Enfermedades Neurológicas	**42**		Enfermedades Auditivas
9		FiebreReumática	**26**		DoloresdeCabeza-Mareos	**43**		Infeccionescrónicas
10		Artritis-Artrosis	**27**		Convulsiones-Epilepsia	**44**		Psoriasis
11		Enfermedades Respiratorias	**28**		Pérdida de conocimiento	**45**		Consumealcohol
12		EnfermedadesArticulares	**29**		Deshidratación	**46**		Consumetabaco
13		Sinusitis-Otitis-Anginas	**30**		Enfermedades Psiquiátricas	**47**		Enf. De Transmisión Sexual
14		Asma	**31**		Diabetes	**48**		Recibió Transfusiones
15		Neumonía-Bronconeumonía	**32**		Chagas	**49**		Recibió Hemodiálisis
16		Varicela	**33**		Soplos del Corazón	**50**		Hipetensión arterial
17		Rubeola	**34**		Enfermedades Cardíacas	**51**		Toma medicación

Es alérgico(a) a:				**Calendario de Vacunación Completo**		
	Polvo-Polen		Antibióticos	**52**	SI	NO
	Medicamentos		Picaduras de Insectos	Completar al dorso dosis faltantes		
	Plumas		Otros(Especificar)			

	Comidas						
Valoración Funcional			**E.C.G.(Sugerido)**				
Frecuencia Cardíaca Basal						Peso	
Frecuencia Respiratoria Basal						Altura	
Tensión Arterial Basal						TallaSentado	

Evaluación Clínica

53		Cabeza y Cuello	**57**		Boca y Faringe	**61**		Abdomen
54		Ojos	**58**		Nariz y Pulmones	**62**		Columna Vertebral
55		Oídos	**59**		Corazón	**63**		Neurológico
56		Toma Medicación (Especificar)	**60**		Pulsos Periféricos	**64**		Comentarios de Importancia

Evaluación Podología

Tipo de Pisada		**Tipo de Piernas**	
SUPINADOR		Recurvatum	
TRONADOR		Normal	
		Valgo	
		Varo	

El Pie es:		**TipodePie**	
Normal		PieGriego	
Plano		PieEgipcio	
Cavo		PiePolinesiooCuadrado	

FICHA MÉDICA 2018

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 y DNI