



FICHA MÉDICA - APTO FÍSICO

Fecha: _____

Apellido/s y nombre/s del Estudiante/Socio _____

Fecha y lugar de nacimiento _____

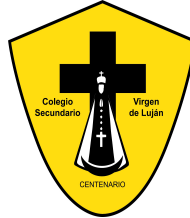
Documento de Identidad _____

A COMPLETAR EXCLUVIAMENTE POR UN PROFESIONAL MÉDICO

Indicar con una "X" lo que corresponda. Especificar aquello que se considere pertinente, sobre todo si se responde con el afirmativo.

¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?	Respuesta	
	SÍ	NO
METABÓLICAS: DIABETES		
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS		
CARDIOPATÍAS INFECCIOSAS		
HERNIAS		
PROBLEMAS BRONQUIALES		
DIFICULTADES VISUALES		
DIFICULTADES AUDITIVAS		
HIPERTENSIÓN		
ALERGIAS		
CELIAQUÍA		
¿HA PADECIDO RECIENTEMENTE...?		
...HEPATITIS		
...SARAMPIÓN		
...PAROTIDITIS		
...MONONUCLEOSIS		
...ESGUINCES O LUXACIONES		
...FRACTURAS		

(Continúa al dorso)



¿TUVO COVID? INDICAR SI SE DETECTA ALGÚN FACTOR DE RIESGO VINCULADO A DICHA PATOLOGÍA

¿INGIERE ALGUNA MEDICACIÓN DE MODO PERMANENTE? SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDICAR CUÁL, LAS DOSIS Y LA FRECUENCIA DE INGESTA

SEÑALAR LA FECHA EN LA QUE SE APLICÓ LA ÚLTIMA DOSIS DE LA VACUNA ANTITETÁNICA

SEÑALAR EL GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH

¿CUENTA ANTECEDENTES DE LESIONES ÓSEAS, LIGAMENTARIAS Y/O MUSCULARES? SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDICAR CUÁL/ES Y SEÑALAR SI LIMITAN O CONDICIONAN EN ALGO LA ACTIVIDAD FÍSICA

¿SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS-DEPORTIVAS? (INDICAR SÍ O NO) _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL