

Datos Personales del Deportista		
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento: ...../...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Tel. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Nombre Padre/Tutor (si es menor):	D.N.I.:	
Domicilio:	Tel. de Contacto:	

**Para ser completado por el médico**  
**Historia Clínica (\*)**  
**Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.**

1	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Congénitas	18	<input type="checkbox"/>	Paperas	35	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre
2	<input type="checkbox"/>	Traumatismos	19	<input type="checkbox"/>	Sarampión	36	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios
3	<input type="checkbox"/>	Operaciones	20	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Digestivas	37	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista
4	<input type="checkbox"/>	Golpes Fuertes	21	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Glandulares
5	<input type="checkbox"/>	Lesiones Articulares	22	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Renales	39	<input type="checkbox"/>	Intervenciones Quirúrgicas
6	<input type="checkbox"/>	Fracturas - Esguinces	23	<input type="checkbox"/>	Infecciones Urinarias	40	<input type="checkbox"/>	Heridas
7	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Huesos	24	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Genitales	41	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel
8	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Musculares	25	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	42	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Auditivas
9	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	26	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza - Mareos	43	<input type="checkbox"/>	Infecciones Crónicas
10	<input type="checkbox"/>	Artritis - Artrosis	27	<input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia	44	<input type="checkbox"/>	Psoriasis
11	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias	28	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Conocimiento	45	<input type="checkbox"/>	Consumo Alcohol
12	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Articulares	29	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	46	<input type="checkbox"/>	Consumo Tabaco
13	<input type="checkbox"/>	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	47	<input type="checkbox"/>	Enf. de Transmisión Sexual
14	<input type="checkbox"/>	Asma	31	<input type="checkbox"/>	Diabetes	48	<input type="checkbox"/>	Recibió Transfusiones
15	<input type="checkbox"/>	Neumonía - Bronconeumonía	32	<input type="checkbox"/>	Chagas	49	<input type="checkbox"/>	Recibió Hemodiálisis
16	<input type="checkbox"/>	Varicela	33	<input type="checkbox"/>	Soplos del Corazón	50	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial
17	<input type="checkbox"/>	Rubeola	34	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	51	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación

**Es Alérgico a:**

<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/>	Comidas		

**Calendario de Vacunación Completo**

52  SI  NO  
Completar al dorso dosis faltantes

**Valoración Funcional**

Frecuencia Cardíaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	
Tensión Arterial Basal	

**E.C.G. (Sugerido, no obligatorio)**


Peso

Altura

Talla Sentado

Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

**Evaluación Clínica (\*)**

53	<input type="checkbox"/>	Cabeza y Cuello	57	<input type="checkbox"/>	Boca y Faringe	61	<input type="checkbox"/>	Abdomen
54	<input type="checkbox"/>	Ojos	58	<input type="checkbox"/>	Nariz y Pulmones	62	<input type="checkbox"/>	Columna Vertebral
55	<input type="checkbox"/>	Oídos	59	<input type="checkbox"/>	Corazón	63	<input type="checkbox"/>	Neurológico
56	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación (Especificar)	60	<input type="checkbox"/>	Pulsos Periféricos	64	<input type="checkbox"/>	Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física? SI  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI  No

¿Cuál? ECG  Ergometria  TAC  RMN  Estudios de laboratorio

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, cuya historia clínica queda en \_\_\_\_\_, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

\_\_\_\_\_  
Localidad, Fecha y Hora

Desde aquí, sólo para completar en caso de participantes menores de edad:  
Según mi leal consentimiento autorizo a \_\_\_\_\_, D.N.I.: \_\_\_\_\_ a viajar y participar de los Juegos Nacionales de Invierno 2018 y declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Jefe de la Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. Certifico que el nombrado viaja con DNI o Pasaporte, en cualquiera de los casos ORIGINAL, condición indispensable para participar del evento.

\_\_\_\_\_  
Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

\_\_\_\_\_  
Aclaración y D.N.I.

(\*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción