



**FICHA MÉDICA - Temporada 2018-2019**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH: \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_

Por favor, marque lo que corresponda:

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
01	<b>Enfermedades cardiovasculares</b> - Cardiopatías congénitas - Arritmias - Hipertensión arterial		
02	<b>Enfermedades endocrino-metabólicas</b> - Obesidad - Diabetes		
03	<b>Problemas respiratorios</b> - Asma - Broncoespasmos - Laringitis recurrente		
04	<b>Problemas neurológicos</b> - Convulsiones o epilepsia - Trastorno del espectro autista - Trastorno de la conducta		
05	<b>Alergias</b> - Medicamentos - Insectos		

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
06	<b>Enfermedades gastrointestinales</b> - Celiaquía - Alergias o intolerancia a alimentos		
07	<b>Antecedentes</b> - Fractura o luxación - Lesión ligamentosa		
08	<b>Otras enfermedades crónicas o de base</b>		
09	<b>Medicación de uso habitual</b>		
10	<b>Vacunación completa</b>		

**CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FÍSICAS**

Certifico que ....., DNI N°..... de.....años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las.....hs. y aparece en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas/deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:.....

.....  
Firma del padre/madre o responsable legal  
DNI N°.....

.....  
Firma y sello del médico

Fecha: ...../...../.....