



## FICHA MEDICA

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DNI:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....

EDAD:.....

SEXO:.....

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR:.....

DOMICILIO:.....

PROFESION / OCUPACION:.....

CELULAR:.....

CONTACTO EMERGENCIA:.....

OBRA SOCIAL Y NUMERO DE AFILIADO:.....

NUMERO DE EMERGENCIAS OBRA SOCIAL:.....

CLUB:.....

CATEGORIA:.....

### ANTECEDENTES PERSONALES

Está recibiendo usted algún medicamento prescripto por un médico?.....

SI / NO. Cual?.....

Para que patología?.....

Está tomando usted algún medicamento de manera regular, no prescripto por un médico?.....

SI / NO Cual?.....

Toma usted suplementos vitamínicos, minerales u otras sustancias, para mejorar su rendimiento? SI / NO.  
Cual?.....

Tiene Ud. algún tipo de alergia a medicamentos, insectos o comidas? SI / NO Cual?.....  
.....

Tiene usted patología cardíaca?. SI / NO.  
Cual?.....

Alguna vez tuvo pérdida o casi pérdida de conocimiento durante o dentro de la hora posterior al ejercicio?  
.....

Tuvo alguna vez alguna molestia, opresión o dolor en el pecho mientras hacia ejercicio?.....  
.....

Tuvo o tiene algún familiar directo (padres, hermanos, hijos), con enfermedad cardíaca?.....  
Cual?.....

Alguna vez sintió golpes o latidos fuertes aislados en el corazón durante el ejercicio o en situaciones de  
estrés?.....

Tuvo algún familiar directo que falleciera súbitamente por problemas cardíacos antes de los 50 años?.....  
Causa?.....

Suele tener dificultad para respirar durante o después del ejercicio?.....  
Tiene o tuvo asma bronquial, broncoespasmos o neumonías?.....

.....  
Tose o siente silbidos en el pecho durante o luego del ejercicio?.....

Tiene usted alguna patología del aparato digestivo o del hígado?.....  
Tiene usted patología renal? Cálculos renales?.....Infecciones urinarias?.....

Insuficiencia renal crónica?.....

Tiene usted alguno de los siguientes antecedentes?  
Hipertensión?..... Soplo cardíaco?.....Colesterol elevado?.....Diabetes?.....Tabaquismo?.....

Tiene usted problemas Hematológicos? Anemia?.....Talasemia?.....  
Otras enfermedades hematológicas?.....

Estuvo Ud. internado alguna vez y/o fue sometido a alguna operación? SI / NO  
Causa?.....

Tiene usted alguna enfermedad de las articulaciones, huesos o musculos?.....  
.....

Tuvo Ud. alguna vez lesiones como tendinitis, desgarros, esquinces, luxaciones, fracturas o fracturas por  
estrés? Indique cual y en qué región anatómica.....

.....  
.....

Tuvo usted alguna vez convulsiones o padece epilepsia?.....  
Tiene dolor de cabeza intenso durante el ejercicio o con frecuencia?.....

Tuvo usted alguna vez un traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento?.....  
Alguna vez lo han golpeado en la cabeza y ha estado confundido o no recuerda que paso?.....

.....

.....  
Alguna vez tuvo en lo brazos o en las piernas adormecimientos, hormigueos o debilidad después de haber sido golpeado o luego de una caída?.....

Tuvo algún golpe que le haya afectado la visión?.....

Usa usted anteojos o lentes de contacto? .....

Tiene usted problemas de audición?.....

Tiene usted alguna enfermedad de la piel?.....

En los últimos seis meses, ha padecido Ud. alguna de las siguientes enfermedades infecciosas?.....

Miocarditis?.....Hepatitis?.....Mononucleosis?.....Herpes?.....Otra.....

Está conforme con su peso?..... Actualmente está tratando de perder/ganar peso?. .....

Alguna vez ha tomado alguna medicación y/o suplemento para ganar/perder peso?. SI / NO.

Cual?.....

Mencione brevemente que tipo de alimentos predominan en su alimentación habitual:.....

.....  
.....

Realiza controles odontológicos periódicos?.....

Realiza algún otro deporte de manera regular?.....

Desea contarle al médico algo más que no figure en las preguntas anteriores?

.....  
.....  
.....  
.....

Si posee, adjunte copia del carnet de vacunas.

Declaro que los datos consignados en la presente ficha medica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Si es mayor de 18 años.

Firma.....Aclaracion.....DNI.....

Si es menor de 18 años.

Firma padre/madre/tutor.....Aclaracion.....DNI.....