

Ficha médica

F18 29er  C    2.4  $\frac{4}{7}$  ★ G $\frac{J}{24}$  49er   S33.

Comité Médico FAAY

Dr. Carlos E Alborno
Oficial Médico de Regata

**DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION
ANTECEDENTES DEPORTIVOS**

APELLIDO Y NOMBRE												
EDAD	Años	SEXO	M	F	FECHA DE NACIMIENTO					N° de DOCUMENTO		
LUGAR DE NACIMIENTO						ESTUDIOS CURSADOS			CLUB			
DOMICILIO: calle								N°		B°		
CIUDAD				C.P.		TEL				ULTIMA REVISIÓN MÉDICA		
TIENE OBRA SOCIAL	si	no	¿CUÁL?									
EN CASO DE URGENCIAS, COMUNICARSE CON												
DIRECCIÓN							TELÉFONOS					
DESDE QUE EDAD PRACTICA DEPORTES				años	DEPORTE ACTUAL							
DEPORTES PRACTICADOS												
ENTRENAMIENTO: días por semana					Horas por día			CATEGORIA - CLASE				
ENTRENAMIENTOS COMPLEMENTARIOS: detallar												

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

(Marcar con SI lo que corresponda)

1. ¿ACTUALMENTE PRESENTAS ALGUNA DE ESTAS ALTERACIONES?

<input type="checkbox"/>	Dificultades en la visión o alteraciones de la vista
<input type="checkbox"/>	Dificultades de nariz o garganta
<input type="checkbox"/>	Problemas o enfermedades de oídos
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza, mareos, debilidad, problemas de coordinación o equilibrio
<input type="checkbox"/>	Entumecimiento o adormecimiento de alguna parte del cuerpo
<input type="checkbox"/>	Tendencias a temblar o temblores
<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco, dolores en el pecho o palpitaciones
<input type="checkbox"/>	Tos, falta de aire o falta de aliento
<input type="checkbox"/>	Falta de apetito, vómitos, dolores de abdomen, malos hábitos digestivos
<input type="checkbox"/>	Síntomas que hagan referencia a los músculos, huesos o articulaciones (es decir rigidez, hinchazón, dolores)
<input type="checkbox"/>	Problemas en la piel como úlceras, erupciones, picazones, urticaria, hongos, etc.
<input type="checkbox"/>	Algún tipo de convulsiones o epilepsias
<input type="checkbox"/>	Otros síntomas que te llamen la atención o que no consideres normales

EVALUACION MÉDICA DEPORTIVA PARA LA APTITUD COMPETITIVA

HISTORIA CLINICA

FECHA/...../200...

DEPORTISTA:

CLUB O INSTITUCIÓN:

DEPORTE:

D.N.I. N°:

EDAD: años

CATEGORÍA :

01

ANTROPOMETRÍA - CRECIMIENTO Y DESARROLLO - BIOMETRIA

HASTA 18 años: PERCENTILO DE PESO:..... PERCENTILO DE ESTATURA:.....

MAYORES DE 19 años y más: INDICE PONDOESTATURAL:.....

02

EXAMEN SEGMENTARIO OSTEOMIOARTICULAR

EXAMEN SEMIOLÓGICO:	NORMAL	CIFOSIS	LORDOSIS	ESCOLIOSIS
COLUMNA VERTEBRAL:
OBSERVACIONES:			
MIEMBROS SUPERIORES:			
MIEMBROS INFERIORES:			
CABEZA Y CUELLO:			
TORAX:			
OBSERVACIONES:			

03 EXAMEN CLINICO DEL APARATO RESPIRATORIO

M. V.: R. AGREGADOS:
AUSCULTACIÓN:
OBSERVACIONES:

04 EXAMEN CLINICO DEL APARATO DIGESTIVO, ABDOMEN Y GENITALES

OBSERVACION GENERAL - PALPACION - PERCUSIÓN
HIGADO: SE PALPA SI NO BAZO: SE PALPA SI NO RIÑONES: SE PALPAN SI NO
P.P. RENAL: POSITIVA NEGATIVA HERNIAS:
OBSERVACIONES:

05 EXAMEN CLINICO NEUROLOGICO

EXAMEN NEUROLÓGICO: NORMAL ANORMAL REFLEJOS: PRESENTES AUSENTES
PRUEBA DE EQUILIBRIO: ROMBERG:
REFLEJO PATELAR: REFLEJO ROTULIANO:
OBSERVACIONES:

06 EXAMEN OFTALMOLOGICO

AGUDEZA VISUAL: OJO DER. S/C/..... OJO IZO. S/C/..... VISION CROMÁTICA:

07

EXAMEN CLINICO CARDIOVASCULAR

AUSCULTACIÓN: R R 2 R. AGREGADOS: SOPLOS:
1

TENSION ARTERIAL:/.....mhg OTROS DATOS:

OBSERVACIONES:

08

ELECTROCARDIOGRAMA BASAL

RITMO: FRECUENCIA:lmin EJE° ARRITMIAS: SI NO
QRS: QRS: QRS:

ALTERACIONES MORFOLÓGICAS:

TRAZADO DENTRO DE LIMITES NORMALES: SI NO

OBSERVACIONES:

09

ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO (Mayores de 12 años)

ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES: SI NO

OBSERVACIONES:

10

ANÁLISIS DE LABORATORIO (Mayores de 18 años)

CITOLOGICO: ERITROg/l GLUCEMIA:g/l
..... SEDIM:

UREMIA: COLESTg/l CREATININA:g/l
..... EROL:g/l

ORINA COMPLETA: ACIDOg/l FORMULA LEU:
..... URICO:

HEMOGRAMA COMPLETO

OBSERVACIONES:

NOTA: Esta certificación tiene validez a partir de su fecha de emisión, válida solo en original; va sin enmiendas

FECHA DE EMISIÓN:.....

VALIDO HASTA EL:.....(Si el período de validez es menor de un año: Informar motivos Médico Científicos de la determinación)

INFORMES Y RESULTADOS DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS FACULTATIVOS (Adjuntar estudios en original)

1
2
3

CERTIFICACIÓN MEDICA DEPORTIVA:

APROBACION NO RESTRICTIVA VALIDO POR UN AÑO NO APTO