

FICHA MÉDICA CARRERAS DE CALLE

(Se debe completar por Médico y/o especialista)

ANT. ENF. ACTUAL:.....

ANT. FISIOLÓGICOS:.....

VACUNACIÓN: (Presentación de la fotocopia del carnet obligatoria)

Otros antecedentes que facultativo quiera agregar:

.....
.....

EXAMEN FÍSICO:.....

EX. CARDIOVASCULAR: (Datos positivos)

Fr. Cardíaca:.....T.A:.....Pulsos:.....

EX. RESPIRATORIA:.....

EX. O.M.A:.....

EX. O.R.L:.....

EX. OFTALMOLÓGICO.....

EX. GENITOURINARIO:.....

EX. NEUROLÓGICO:.....

Otros datos del examen físico que el facultativo crea conveniente agregar:

.....
.....

Certifico que el Sr/a:.....D.N.I:.....

Se encuentra APTO/A – NO APTO/A (tachar lo que NO corresponda) para la práctica de carreras de calle. 2K – 5K – 10K – 21K – 42K (Seleccionar lo que corresponda)

INFORME E.C.G.: (obligatorio).....

INFORME ERGOMETRÍA: (obligatorio a partir de los 35 años y antes según criterio medico)

.....
Fecha

.....
Firma y Sello del Médico

INTERCONSULTAS: (Según criterio del facultativo).....

EX. COMPLEMENTARIOS:.....

OTROS EXAMENES:.....

DECLARACIÓN JURADA

DATOS FILIATORIOS

FECHA _____

ENTIDAD _____

APELLIDOS _____

NOMBRES _____

EDAD _____

OCUPACION _____

DOMICILIO _____

TELEFONO _____

ANAMNESIS SITÉMICA

PATOLOGÍAS	SI	NO	COMENTARIOS
1. Lipotimia / Síncope			
2. Soplos / Valvulopatías			
3. Miocardiopatías			
4. Cardiopatías Congénitas			
5. Diabetes			
6. Hipertensión Arterial			
7. Obesidad			
8. Patologías Neuromuscular			
9. Patología Osteoarticular			
10. Asma			
11. Otras			

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

PATOLOGÍAS	SI	NO	COMENTARIOS
1. Cardiopatía Isquémica			
2. Soplos / Valvulopatías			
3. Muerte súbita antes de 50 años			
4. Diabetes			
5. Hipertensión Arterial			
6. Obesidad			
7. Otras			

HÁBITOS TÓXICOS

ADICCIONES	SI	NO	COMENTARIOS
1. Tabaco			
2. Alcohol			
3. Drogas			
4. Medicación (Tipo,dosis, etc)			

La confección del presente formulario de identificación, y la consignación de los antecedentes de salud revisten carácter de declaración jurada. La omisión o inexactitud responsabiliza al firmante, liberando de toda responsabilidad jurídica al profesional actuante, a la institución donde se desempeñan, declarando bajo fe de juramento que los datos detallados que anteceden dados por mí, son verídicos y correctos, siendo los mismos de la fiel exposición de la verdad, y me comprometo a informar de cualquier enfermedad o lesión que pueda interferir en la enseñanza deportiva o de cualquier actividad física.

Córdoba, _____ de _____ de 20____ Hora: _____ (Ejemplo: 10:45)

Firma Y DNI del interesado: _____

Aclaración: _____