

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 del Padre, Madre, Tutor o Encargado:	DNI:	
Domicilio:	Tel. de Contacto:	
Mail:	Nacionalidad:	
Datos Deportivos		
Institución en que practica la actividad:	Practica deporte desde:	
Actividad Física y Función:		
Para ser completado por el médico		
Historia Clínica (*)		
Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.		
SI NO		DETALLE
<input type="checkbox"/>	Familiares con muerte súbita	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades respiratorias	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades metabólicas	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades articulares	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades actuales	
<input type="checkbox"/>	Cirugías recientes	
<input type="checkbox"/>	Toma medicación	
<input type="checkbox"/>	Tuvo episodio de Desmayo o síncope	
<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	
<input type="checkbox"/>	Es alérgico a:	
Evaluación Clínica (*)		
Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	Peso
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	Altura
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	Talla sentado
¿Realiza Actividad Física?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cual?
¿Con que frecuencia?	1 - 2 - 3 - 4 veces x semana	Todos los días
¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuál?	ECG <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Estudios de laboratorio <input type="checkbox"/>	
Certifico que _____ de _____ años de edad, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.		
Firma y Sello del Médico		Localidad, Fecha y Hora