

<b>Datos Personales del Participante</b>		Deporte / Función:	
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:	
F. de Nacimiento: / /	Grupo Sanguíneo:	Factor:	
Domicilio:		Tel. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:	
Obra Social:	Nº Afiliado:	Plan:	
Tel. de Contacto: (emergencias)	Nombre de Contacto: (emergencias)		

**Para ser completado por el médico - Historia Clínica (\*) (Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas)**

1 <input type="checkbox"/> Enfermedades Congénitas	18 <input type="checkbox"/> Paperas	35 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre
2 <input type="checkbox"/> Traumatismos	19 <input type="checkbox"/> Sarampión	36 <input type="checkbox"/> Enfermedades de Ganglios
3 <input type="checkbox"/> Operaciones	20 <input type="checkbox"/> Enfermedades Digestivas	37 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Vista
4 <input type="checkbox"/> Golpes Fuertes	21 <input type="checkbox"/> Hepatitis - Enf. del Hígado	38 <input type="checkbox"/> Enfermedades Glandulares
5 <input type="checkbox"/> Lesiones Articulares	22 <input type="checkbox"/> Enfermedades Renales	39 <input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas
6 <input type="checkbox"/> Fracturas - Esguinces	23 <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias	40 <input type="checkbox"/> Heridas
7 <input type="checkbox"/> Enfermedades de los Huesos	24 <input type="checkbox"/> Enfermedades de Genitales	41 <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel
8 <input type="checkbox"/> Enfermedades Musculares	25 <input type="checkbox"/> Enfermedades Neurológicas	42 <input type="checkbox"/> Enfermedades Auditivas
9 <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	26 <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza - Mareos	43 <input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas
10 <input type="checkbox"/> Artritis - Artrosis	27 <input type="checkbox"/> Convulsiones - Epilepsia	44 <input type="checkbox"/> Psoriasis
11 <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias	28 <input type="checkbox"/> Pérdida de Conocimiento	45 <input type="checkbox"/> Consume Alcohol
12 <input type="checkbox"/> Enfermedades Articulares	29 <input type="checkbox"/> Deshidratación	46 <input type="checkbox"/> Consume Tabaco
13 <input type="checkbox"/> Sinusitis - Otitis - Anginas	30 <input type="checkbox"/> Enfermedades Psiquiátricas	47 <input type="checkbox"/> Enf. de Transmisión Sexual
14 <input type="checkbox"/> Asma	31 <input type="checkbox"/> Diabetes	48 <input type="checkbox"/> Recibió Transfusiones
15 <input type="checkbox"/> Neumonía - Bronconeumonía	32 <input type="checkbox"/> Chagas	49 <input type="checkbox"/> Recibió Hemodiálisis
16 <input type="checkbox"/> Varicela	33 <input type="checkbox"/> Soplos del Corazón	50 <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial
17 <input type="checkbox"/> Rubeola	34 <input type="checkbox"/> Enfermedades Cardíacas	51 <input type="checkbox"/> Toma Medicación

**Es Alérgico a:**

<input type="checkbox"/> Polvo, Polen	<input type="checkbox"/> Antibióticos
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/> Plumas	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/> Comidas	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**Calendario de Vacunación Completo**

52  SI  NO

Completar al dorso dosis faltantes

**Valoración Funcional**

Frecuencia Cardíaca Basal	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Tensión Arterial Basal	<input style="width: 50%;" type="text"/>

**E.C.G.(Sugerido, no obligatorio)**

<input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>
<input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>

Peso

Altura

Talla Sentado

Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto

**Evaluación Clínica (\*)**

53 <input type="checkbox"/> Cabeza y Cuello	57 <input type="checkbox"/> Boca y Faringe	61 <input type="checkbox"/> Abdomen
54 <input type="checkbox"/> Ojos	58 <input type="checkbox"/> Nariz y Pulmones	62 <input type="checkbox"/> Columna Vertebral
55 <input type="checkbox"/> Oídos	59 <input type="checkbox"/> Corazón	63 <input type="checkbox"/> Neurológico
56 <input type="checkbox"/> Toma Medicación (Especificar)	60 <input type="checkbox"/> Pulsos Periféricos	64 <input type="checkbox"/> Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física? SI  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI  No

¿Cuál? ECG  Ergometria  TAC  RMN  Estudios de laboratorio

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, cuya historia clínica queda en \_\_\_\_\_, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

\_\_\_\_\_  
Localidad, Fecha y Hora

(\*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción

**(52) Marcar con una X las dosis faltantes**

VACUNA	DOSIS	(X)
HEPATITIS B (HB)	Neonatal	
BCG	Única dosis	
ROTAVIRUS	1ª dosis	
	2ª dosis	
NEUMOCOCO CONJUGADA	1ª dosis	
	2ª dosis	
	Refuerzo	
QUÍNTUPLE	1ª dosis	
	2ª dosis	
	3ª dosis	
	1er. Refuerzo	
ANTIPOLIOMELÍTICA INACTIVADA (IPV)	1ª dosis	
	2ª dosis	
	3ª dosis	
	Refuerzo	
MENINGOCOCO (ACYW)	1ª dosis	
	2ª dosis	
	Refuerzo	
	Única dosis	

VACUNA	DOSIS	(X)
ANTIGRI PAL	1ª dosis	
	2ª dosis	
HEPATITIS A	Única dosis	
TRIPE VIRAL	1ª dosis	
	2ª dosis	
VARICELA	1ª dosis	
	2ª dosis	
TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DTP)	2º Refuerzo	
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)	Refuerzo	
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)	Única dosis	
FIEBRE AMARILLA (FA)	1ª dosis	
	Refuerzo	
OTRAS	COVID	
	DENGUE	

**Encuesta sobre vacunación (Marcar con X una o más opciones)**

**Motivos por los que no recibió todas las vacunas recomendadas en el calendario nacional de vacunación:**

- No conozco qué vacunas podría darme
- Nunca me la/s indicaron
- No quise dármela/s
- No pude dármela/s por falta de tiempo
- No recuerdo
- Mi madre/padre no me llevó a aplicármela/s
- Me dijeron que la/s tengo que pagar
- No estaba/n disponible/s en el centro de vacunación
- No pude dármela/s porque había pocos horarios
- No tuve un centro de vacunación cerca
- No tuve el dinero para trasladarme al centro de vacunación
- Ns/Nc

**Observaciones:**