



Datos Personales del Participante			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	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enfermedades de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enfermedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza - Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de Conocimiento	45	Consumo Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consumo Tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15	Neumonía - Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión Arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma Medicación
Es Alérgico a:				Calendario de Vacunación Completo	
<input type="checkbox"/> Polvo, Polen <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> Comidas		<input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)		52	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Completar al dorso dosis faltantes
Valoración Funcional		E.C.G.(Sugerido, no obligatorio)		Peso <input type="text"/> Altura <input type="text"/> Talla Sentado <input type="text"/> Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto	
Frecuencia Cardíaca Basal Frecuencia Respiratoria Basal Tensión Arterial Basal					
Evaluación Clínica (*)					
53	Cabeza y Cuello	57	Boca y Faringe	61	Abdomen
54	Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral
55	Oídos	59	Corazón	63	Neurológico
56	Toma Medicación (Especificar)	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de Importancia?
¿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 ¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? ¿Cuál? ECG <input type="checkbox"/> Ergometria <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudios de laboratorio <input type="checkbox"/> 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	1 ^a dosis	
	2 ^a dosis	
NEUMOCOCO CONJUGADA	1 ^a dosis	
	2 ^a dosis	
	Refuerzo	
QUÍNTUPLE	1 ^a dosis	
	2 ^a dosis	
	3 ^a dosis	
	1er. Refuerzo	
ANTIPOLIOMELÍTICA INACTIVADA (IPV)	1 ^a dosis	
	2 ^a dosis	
	3 ^a dosis	
	Refuerzo	
MENINGOCOCO (ACYW)	1 ^a dosis	
	2 ^a dosis	
	Refuerzo	
	Única dosis	

VACUNA	DOSIS	(X)
ANTIGRIPAL	1 ^a dosis	
	2 ^a dosis	
HEPATITIS A	Única dosis	
TRIPE VIRAL	1 ^a dosis	
	2 ^a dosis	
VARICELA	1 ^a dosis	
	2 ^a dosis	
TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DTP)	2º Refuerzo	
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)	Refuerzo	
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)	Única dosis	
FIEBRE AMARILLA (FA)	1 ^a 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: