



FICHA MÉDICA DE CADETES

FICHA DE ORIENTACIÓN MÉDICA PARA LA ACTIVIDAD DE:

Apellido y Nombre:	Fecha de Nac.:	Edad:
Teléfonos: Particular:	Trabajo:	

VACUNAS APLICADAS

TIPO	ULTIMA DOSIS	TIPO	ULTIMA DOSIS	TIPO	ULTIMA DOSIS

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

TIPO	AÑO	TIPO	AÑO

ANTECEDENTES PERSONALES - INDIQUE SI o NO

PARTO NORMAL	COMPLICACIONES DEL PARTO		
DESMAYOS	CONVULSIONES	ASMA	SOPLO
TAQUICARDIA	EPILEPSIA	MENINGITIS	ALERGIA
PERDIDA DE CONOC. TRAUMATICA			PERDIDA DE CONOC. NO TRAUMATICA
DIABETES	FALSO GRUP	OTRAS:	

Indique si actualmente debe ingerir algún medicamento, o padece alguna enfermedad prolongada

.....
¿Es alérgico a algún alimento, medicamento o alguna otra cosa? ¿Cual?

.....
¿Es propenso a alguna enfermedad. ¿Cual?

.....
Enfermedades heredo-familiares o enfermedades de importancia en algún miembro de su familia

.....
Cualquier otra indicación de carácter médico que considere conveniente indicar

ESTUDIOS SOLICITADOS

LABORATORIO:	ORINA:	ECG:
ERGOMETRÍA: (SOLO A MAYORES DE 14 AÑOS)		
RX: TORAX FRENTE:		
OBSERVACIONES:		

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A

1° NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO	2° NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A :

LLEVARLO A:	ENTIDAD SANITARIA
EN 1° LUGAR	
EN 2° LUGAR	

Declaro que la información suministrada es completa y verídica

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración

.....
Nro. de Documento

Por la presente se deja constancia que se encuentra a la fecha de la presentación, en estado de salud satisfactorio, estando en condiciones de desarrollar actividades deportivas.