



2017

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 1º LUGAR	
EN 2º 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.

.....
Sello y Matrícula Profesional

Fecha

Firma del Médico