



**CLUB ATLÉTICO  
RIVER PLATE**

**2018**

**FICHA MEDICA 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		<b>GRUPO SANGUINEO Y FACTOR:</b>			

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 LA 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.

.....  
Sello y Matrícula Profesional

.....  
Fecha

.....  
Firma del Médico