



**CLUB ATLÉTICO
RIVER PLATE**

2019

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 | | GRUPO SANGUINEO Y FACTOR: | | | |

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