

# COMISIÓN DE ACTIVIDADES SOCIALES

## CENTRO DE INICIACIÓN DEPORTIVA

Apellido y nombre: .....DNI: .....  
Fecha de nacimiento: ..... Edad:.....  
Domicilio: ..... N°..... Piso..... Dpto.....  
Localidad:.....Provincia: ..... CP: .....  
Teléfono 1: ..... Teléfono 2: ..... Correo electrónico: .....

---

### Antecedentes personales: *marque lo que corresponda*

Problemas cardíacos	Sí/No	Afecciones auditivas	Sí/No
Presión arterial elevada	Sí/No	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias	Sí/No
Obesidad	Sí/No	Otro problema en los huesos o articulaciones	Sí/No
Asma bronquial	Sí/No	Cirugías	Sí/No
Pérdida de conciencia	Sí/No	Internaciones	Sí/No
Convulsiones	Sí/No	Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses	Sí/No
Traumatismos de cráneo	Sí/No	Falta o no funcionamiento de algún órgano	Sí/No
Diabetes	Sí/No	Alergias	Sí/No
Alteraciones sanguíneas	Sí/No	Tos crónica	Sí/No
		Medicación habitual	Sí/No
		Alergia a algún medicamento	Sí/No
		Problemas de piel	Sí/No
		Usa anteojos	Sí/No
		Vacunación completa	Sí/No
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:			
Desmayos	Sí/No	Dolor fuerte en el pecho	Sí/No
Mareos	Sí/No	Mayor cansancio que sus compañeros	Sí/No
Palpitaciones	Sí/No		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	Sí/No		
Consume suplementos dietarios	Sí/No		
Padeció COVID-19	Sí/No		
Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):			

### Antecedentes familiares

Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años	Sí/No	Diabetes	Sí/No
Obesidad	Sí/No	Problemas cardíacos	Sí/No
Presión arterial elevada	Sí/No	Colesterol elevado	Sí/No
Convivientes con COVID-19	Sí/No	Tos crónica	Sí/No

Observaciones:

-----

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

Fecha:  
Firma del adolescente y aclaración

Firma del padre, la madre  
o el responsable legal y aclaración



# COMISIÓN DE ACTIVIDADES SOCIALES

## CENTRO DE INICIACIÓN DEPORTIVA

### Examen físico

Peso: Pc ( ) Talla: Pc ( ) IMC: Pc ( )

### Examen bucodental:

Caries: Sí/No Ortodoncia fija: Sí/No

Oclusión dental:

### Examen visual:

Agudeza: OD: OI:

Pupilas:

Visión cromática:

### Examen cardiovascular

Inspección:

Auscultación:

FC: TA: Pc ( )

Pulsos humerales: Pulsos femorales:

### Examen respiratorio

Inspección: Tipo respiratorio: Auscultación:

### Examen abdominal

Inspección: Palpación:

### Examen de genitales externos:

### Examen músculo-esquelético

Actitud Postura Asimetrías

Cuello Tronco

Extremidades superiores Extremidades inferiores

Movilidad articular

Maniobra de Kendall Maniobra de Adams

Apoyo plantar

### Evaluación madurativa

Estadio Tanner:

Menarca: Ritmo menstrual:

**Observaciones** (detallar hallazgos):

Indicaciones:

Lugar y fecha:

Firma y sello del médico

Aclaración:

N.º de matrícula:



## MODELO DE CONSTANCIA

Dejo constancia que ....., DNI: ....., de..... años ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad y estadio madurativo, bajo supervisión de personal idóneo.

Observaciones:

...../...../.....

Fecha:

Firma y sello del médico

---

