

# Liga Necochea de Fútbol

Sociedad Civil – Personaría Jurídica Dec. Nº 6142/1965 | Fundada el 18 de agosto de 1930

---

## EXAMEN DE ACTITUD FISICA

### DATOS FILIATORIOS

Apellido/s ..... Nombre/s .....

Tipo Doc. .... N° Doc. .... Estado del Doc. Bueno ..... Regular ..... Malo .....

Sexo ..... Fecha de Nac. .... / ..... / ..... Lugar Nac. .... Nacionalidad .....

Domicilio ..... N° ..... Piso ..... Torre ..... Dpto .....

Localidad ..... C.P. .... Teléfono .....

---

### ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD (Debe ser completado por madre, padre o tutor)

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Si ..... No ..... ¿Cuál? .....

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?

Si ..... No ..... ¿Por qué? .....

¿Tiene algún tipo de alergia? Si ..... No .....

En caso afirmativo describa sus manifestaciones .....

La alergia se debe a ..... Recibe tratamiento permanente Si ..... No .....

Tratamientos

¿Recibe tratamiento médico? Si ..... No ..... Especifique .....

Quirúrgicos Si ..... No ..... Edad ..... Tipo de cirugía .....

¿Recibe tratamiento odontológico? Si ..... No ..... Especifique .....

¿Recibe tratamiento psicológico? Si ..... No ..... Especifique .....

¿Presenta alguna limitación física? Si ..... No ..... Aclaración .....

Otros problemas de salud .....

Obra Social Si ..... No ..... ¿Cuál? ..... N° afiliado .....

En carácter de ..... autorizo la participación en los torneos de la Liga Necochea de Fútbol

.....

Firma del padre, madre o tutor (aclaración y DNI)

# Liga Necochea de Fútbol

Sociedad Civil – Personaría Jurídica Dec. Nº 6142/1965 | Fundada el 18 de agosto de 1930

---

## EXAMEN CLINICO

(Debe ser completado por médico de cabecera, estatal o privado)

Estado general .....

Determinación de talla ..... Peso .....

Frecuencia cardiaca ..... Tensión arterial .....

Aparato respiratorio .....

Aparato cardiovascular .....

Aparato locomotor/postural .....

Otros .....

Solicita estudios complementarios Si ..... No .....

¿Cuáles? .....

Solicita derivación / interconsulta .....

.....

Firma del médico

**Los datos e información suministrados en la presente tiene carácter de Declaración**