

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 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)

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 tienen carácter de Declaración