



Evaluación médica para la aptitud física:

DEPORTISTA:

EDAD: años FECHA DE NACIMIENTO: D.N.I:

EQUIPO: TELEFONO:

COBERTURA MEDICA: Nº AFILIADO:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE AL:

Antecedentes:

- ¿Fue operado en los últimos 4 meses? Si / No (detallar)
- ¿Toma regularmente alguna medicación? Si / No (detallar)
- ¿Estuvo internado en el último año? Si / No (detallar)
- ¿Tiene antecedentes de convulsiones o epilepsia? Si / No (detallar).....
- ¿Es diabético? Si / No | ¿Es asmático? Si / No | ¿Sufre H.T.A? Si / No
- ¿Es alérgico? Si / No (detallar)
- ¿Alguna vez sufrió falta de aire o dolor en el pecho durante la práctica deportiva?
Si / No (detallar)
- ¿Ha sufrido un traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 6 meses? Si / No (detallar)
- ¿Algún familiar sufrió muerte súbita antes de los 45 años? Si / No (detallar).....
- ¿Algún familiar tiene una enfermedad cardíaca, de engrosamiento anormal del corazón o síndrome de Marfan? Si / No (detallar).....
- ¿Fuma? Si / No | ¿Sufre de diabetes? Si / No | ¿Tiene colesterol alto? Si / No
- ¿Consume estimulantes? Si / No (detallar)
- ¿Desea detallar sobre alguna otra enfermedad no mencionada en este cuestionario?
.....

Examen médico:

Envergadura: cm.

Perímetro de cintura: cm.

Peso: kg.

Talla: cm.

Índice pondoestatural (mayores de 19 años): (Valor normal de 20 a 25)

Examen segmentario osteomioarticular:

NORMAL	CIFOSIS	LORDOSIS	ESCOLIOSIS

Observaciones:

Miembros superiores:

Miembros inferiores:

Cabeza, cuello, tórax:

Observaciones:.....

Examen clínico del aparato respiratorio:

Auscultación: M.V.:R agregados:

Observaciones:

Examen clínico del aparato digestivo, abdomen y genitales:

Hígado: Bazo: Riñones:

P.P Renal:..... Hernias:

Observaciones:

Examen clínico neurológico:

Examen Neurológico: Reflejos:

Prueba de Equilibrio: Romberg:

Reflejo Patelar: Reflejo Rotuliano:

Observaciones:

Examen oftalmológico:

Agudeza visual: Derecho s/c: /10 Izquierdo s/c: /10

Visión cromática: ¿Usa lentes? Detalle

Campo visual por confrontación:

Examen odontológico:

Cariados: Perdidos: Obturados:.....
Observaciones:

Examen clínico cardiovascular:

Auscultación: R1: R2:

Ruidos agregados: Soplos: Tensión arterial: / mmhg

Otros datos:.....

Observaciones:.....

Electrocardiograma basal:

Ritmo: Frecuencia: 1/min. Eje QRS: °

Arritmias: PQ: Alteraciones morfológicas:

¿Trazado dentro de límites normales?:

Observaciones:

Electrocardiograma de esfuerzo:

PEG . Se investiga el % de la reserva coronaria.

Observaciones:.....

Observaciones y o sugerencias en general:

.....
.....
.....

APTO

NO APTO

NOTA: Esta certificación tiene validez a partir desde su fecha de emisión, valida solo en original; va sin enmiendas.

FECHA DE EMISION:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:

.....

.....

DeportVida: Deán Funes, 1041 (entre Mendoza y Mariano Moreno) - Bº Alberdi – Córdoba.

Teléfonos: (0351) 4219644 – (0351) 152385853

deportvida.cordoba@gmail.com