LIGA DEPARTAMENTAL DE FUTBOL DE PUNILLA AFILIADO Nº_____
FICHA EVOLUTIVA DE APTITUD FÍSICA N°:_____/19

FECHA:……
Apellido y nombre:……D.N.I:……CLUB…...……
Edad……Sexo:……..Lugar de Nac:……..

ANTECEDENTESEXAMEN CLINICO

1-VACUNACIONES

Sí No Ignora

B.C.G.
TRIPLE
DOBLE
SABÍN
REF. ANTITETÁNICA
(Fecha)

2-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
Enfermedades imp……
……
Cirugías……
……..
……..
Traumatismos imp……
……..
……..
Alérgicos……
(Especificar)

Enfermedades importantes en la familia

Diabetes Asma
Chagas Hipertensión
Epilepsia Reumat.
Otras

3-HABITOS TOXICOS

Sí No Mod. Y Cantidad
Alcohol ……
Tabaco ……
Otros ……..

4- MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS

Sí No Especificar
Estimulantes ……
Esteroides ……
Anabólicos ……

5- MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

6- DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA

Sí No
Cansancio
Falta de aire
Pérdida de conocimiento
Palpitaciones
Precordalgias
Cefaleas
Vómitos
Observaciones:……
……

PESO……..…… TALLA……..……..

EXAMEN BUCODENTAL

SI NO
Faltan piezas dentarias
Caries

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Agudeza visual
Usa anteojos
Otros

EXAMEN PIEL Y T.C.R.C.
……..
……..

EXAMEN CABEZA Y CUELLO
……..
……..

EXAMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación……
frecuencia Cardíaca……
Tensión arterial……..
E.C.G……
……

EXAMEN RESPIRATORIO……
……

EXAMEN ABDOMEN
……
……

EXAMEN OSTEOARTICULAR

Nor. Cif. Lord. Esc.
Columna vertebral .
Miembros Sup……
Miembros Inf……

EXAMEN NEUROLÓGICO
……
……

SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Especificar)
……
……..

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO CLINICO
Normal……
Derivado a……
Debo volver……
Observaciones……

APTO, desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática deportiva.

Autorizo a mi hijo……D.N.I:……..,categoría……
Quien practica fútbol en……a participar en el torneo temporada 2017 en la Liga Departamental de Fútbol de Punilla manteniendo por la presente su adecuada condición física, asumiendo personalmente los riesgos que esta implica……

Firma del padre, tutor o encargado responsable

Aclaración:……