**LIGA DEPARTAMENTAL DE FUTBOL DE PUNILLA AFILIADO Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FICHA EVOLUTIVA DE APTITUD FÍSICA N°:\_\_\_\_\_\_/2020**

FECHA:…………………………

Apellido y nombre:………………………………D.N.I:………………………CLUB…...…………………………

Edad………………Sexo:……………………..Lugar de Nac:……………………………………………………..

**ANTECEDENTESEXAMEN CLINICO**

1-VACUNACIONES PESO…………..…… TALLA…………..……..

Sí No Ignora

B.C.G. EXAMEN BUCODENTAL

TRIPLE SI NO

DOBLE Faltan piezas dentarias

SABÍN Caries

REF. ANTITETÁNICA

(Fecha) EXAMEN OFTALMOLÓGICO

2-ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Agudeza visual

Enfermedades imp…………………………………….……………………………………………………………. Usa anteojos

……………………………………………………………. Otros

Cirugías………………………………………………….

…………………………………………………………….. EXAMEN PIEL Y T.C.R.C.

…………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………..

Traumatismos imp………………………………………. ……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………..

…………………………………………………………….. EXAMEN CABEZA Y CUELLO

Alérgicos…………………………………………………. ……………………………………………………………………………..

(Especificar) ……………………………………………………………………………..

Enfermedades importantes en la familia EXAMEN CARDIOVASCULAR

Diabetes Asma Auscultación……………………………………………………………

Chagas Hipertensión frecuencia Cardíaca……………………………………………………

Epilepsia Reumat. Tensión arterial………………………………………………………….

Otras E.C.G……………………………………………………………………

……………………………………………………………………. 3-HABITOS TOXICOS EXAMEN RESPIRATORIO……………………………………………

………………………………………………………………………………

Sí No Mod. Y Cantidad

Alcohol ………………………. EXAMEN ABDOMEN

Tabaco ………………………. ……………………………………………………………………………….

Otros ……………………….. ………………………………………………………………………………

4- MEDICAMENTOS NO PRESCRIPTOS

Sí No Especificar

Estimulantes ...……………………….

Esteroides ………………………… EXAMEN OSTEOARTICULAR

Anabólicos ………………………… Nor. Cif. Lord. Esc.

Columna vertebral .

5- MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS Miembros Sup…………………………………………………………….

Miembros Inf………………………………………………………………

6- DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA

Sí No EXAMEN NEUROLÓGICO

Cansancio ………………………………………………………………………………

Falta de aire ……………………………………………………………………………….

Pérdida de conocimiento SE INDICAN EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Especificar)

Palpitaciones ………………………………………………………………………………

Precordalgias ……………………………………………………………………………..

Cefaleas

Vómitos IMPRESIÓN DIAGNOSTICO CLINICO

Observaciones:…………………………………………………. 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 2020 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:…………………………………………

Firma del secretario del club Firma presidente del club

Aclaración y dni Aclaración y dni

Firma del medico