**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