



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

El Sr.

DNI: Socio Nº.

Tache lo que no corresponda:

A – SI / NO Esta APTO para la Práctica de Deportes, Fútbol COMPETITIVO NO PROFESIONAL.

B – SI / NO Esta APTO para la Práctica de Deportes, Fútbol y entrenamiento NO COMPETITIVO NO PROFESIONAL.

C – Recomendación Médica:
.....

1 – SI / NO Se solicita realizar Análisis de Laboratorio completo a los 60 días de la fecha de este estudio.

2 – SI / NO Se solicita realizar este estudio a los 180 días de la fecha de este examen.

PROFESIONAL RESPONSABLE

Fecha / /

FIRMA Y SELLO _____

CONSENTIMIENTO DEL SOCIO

El que subscribe.....
DNI....., acepta integrar un equipo de los participantes en los torneos que organice el Club Social y Deportivo Los Amigos, tanto para actuar como jugador titular y/o suplente y realizar todas las actividades derivadas de tal participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en la presente.

Asimismo, manifiesto con carácter de declaración jurada que me han sido realizados los estudios y practicas medicas exigidas y que me fueron entregados junto a los informes para ser presentados antes las autoridades del Club en tiempo y forma por ellos establecidas.

Firma y Aclaración _____

COMPROBANTE PARA EL SOCIO

Formulario Completo: SI - NO

Electro Cardiograma: SI - NO

Ergometria: SI – NO

Fecha de Recepción: / /

Recepto:



ANTECEDENTES

FECHA: / /

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Tel. Alternativo: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Cobertura Médica: _____ Numero de Afiliado: _____

Sr. Médico: Complete junto con el paciente los datos que se requieren a continuación:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	SI	NO
Fue operado en los últimos 4 meses?		
Toma regularmente alguna medicación?		
Estuvo internado en el último año?		
Sufre de hormigueos en las manos?		
Es diabético?		
Es asmático?		
Es alérgico?		
Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
Tiene desviación de columna?		
Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?		
Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
Tiene dolores articulares?		
Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses?		
Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 45 años?		
Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardiaca, diagnóstico de engrosamiento anormal del corazón o de Síndrome de Marfán?		
Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		
Algún médico le ha sugerido en alguna oportunidad abstenerse de participar en competencias atléticas?		
Algún familiar suyo de menos de 65 años (Padres, abuelos, hermanos/as) tiene antecedentes de enfermedad coronaria incluyendo ataques cardíacos, cirugías de by pass, angioplastia o angina?		
Fuma, es hipertenso o diabético, tiene el colesterol alto?		
Ha consumido alguna vez cocaína o anabólicos esteroides?		



Apellido y Nombre.

DNI: Edad FECHA: / /

INFORME ELECTROCARDIOLOGICO

Espacio destinado para abrochar el electrocardiograma

- 1- Ritmo:
- 2- Frecuencia:
- 3- Onda P:
- 4- Intervalo PQ:
- 5- QRS:
- 6- Intervalo QT:
- 7- Segmentos ST:
- 8- Onda T:
- 9- AQSR:
- 10- Descripciones particulares:.....

PRUEBA ERGOMETRICA GRADUAL (informe adjunto)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....