



Ficha Médica 2024

(Válida para Colonia de Vacaciones y Escuelas Municipales de Deporte 2024)

Anamnesis

Apellido y Nombres: DNI:

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo:

Domicilio. Calle: N° Piso: Dpto.:

Celular 1: Fijo o Celular 2:

Correo electrónico:

La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende. Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

ANTECEDENTES PERSONALES. Marque con una "X" lo que corresponda.

Menores de 14 años: Deberá ser completado obligatoriamente por el padre, la madre o el responsable legal.

Adolescentes de 14 a 18 años: Se recomienda que sea completado por uno de los padres o el responsable legal. Si el adolescente concurre solo a la consulta, podrá completarla, si es que conoce los antecedentes.

	Sí	No		Sí	No
Problemas cardíacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Obesidad			Otro problema en los huesos o articulaciones		
Asma bronquial			Cirugías		
Pérdida de conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Traumatismos de cráneo			Tos crónica		
Diabetes			Problemas de piel		
Alteraciones sanguíneas			Usa anteojos		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo		
Desmayos			Consume vitaminas		
Mareos			Alergias		
Dolor fuerte en el pecho			Alergia a algún medicamento		
Mayor cansancio que sus compañeros			Medicación habitual		
Palpitaciones			Vacunación completa		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física					

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):

Antecedentes familiares

Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
			Diabetes		
Problemas cardíacos			Colesterol elevado		
Presión arterial elevada			Tos crónica		

Observaciones:

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Firma padre, madre o responsable legal: _____

Aclaración:

Fecha:



Firma del
adolescente (14 a 18
años)

Aclaración:

EXAMEN FÍSICO

Anamnesis personalizada:

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

Desmayos:

Mareos:

Dolor fuerte en el pecho:

Mayor cansancio que sus compañeros:

Palpitaciones:

Dificultad para respirar durante o después de la actividad física:

Consumo de vitaminas, minerales, bebidas energizantes, suplementos:

Consumo de alcohol, cigarrillos, otras sustancias:

Micosis (sí/no):.....

Pediculosis (sí/no):.....

Peso:	Pc ()	Talla:	Pc ()	IMC:	Pc ()
Examen bucodental:		Caries: sí/no	Ortodoncia fija: sí/no		
			Oclusión dental:		
Examen visual:	OD:	OI:	Pupilas: Visión cromática:		
Examen cardiovascular	Inspección: Auscultación: FC: TA: Pc () Pulsos humerales: Pulsos femorales:				
Examen respiratorio	Inspección:		Auscultación:		
Examen abdominogenital	Inspección:		Palpación:		
Examen músculo esquelético	Actitud	Postura		Asimetrías	
	Movilidad articular	Cuello		Tronco	
	Apoyo plantar	Extremidades superiores		Extremidades inferiores	
Evaluación madurativa	Estadio Tanner:	Menarca:		Ritmo menstrual:	

Observaciones: (detallar hallazgos)

Indicaciones:

Lugar y fecha: Firma y sello del médico Aclaración: N° de matrícula:
----------------	--

CONSTANCIA PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA

Dejo Constancia que, DNI:....., de años de edad ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y bajos supervisión de personal idóneo.

Observaciones: