

Apellido y nombre:

DNI: Fecha de nac.: N° Socio:.....

Teléfono:..... Dirección:.....

Médico de cabecera:

Institución: N° Historia Clínica:

Patologías preexistentes:

Aptitud clínica:

Aptitud cardiológica:

Observaciones:

Medicación/dosis:

El paciente se encuentra apto para realizar las siguientes actividades deportivo-recreativas acordes a su edad y sexo. Completar colocando **SI** ó **NO** en cada casillero:

EN NATATORIOS:

Natación Gimnasia Acuática Actividades Náuticas (remo y vela) Natación terapéutica Entrenamiento

EN CAMPOS DEPORTIVOS:

Yoga Básquet Artes Marciales Gimnasia Aeróbica Tenis
Patín Fútbol Voley Gimnasia Deportiva Otros

Observaciones:

ALERGIAS

1) Medicamentos:

2) Alimentaria:

3) Otras:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Tiene el Plan de Vacunación Completo: SI NO

Declare si en los últimos 60 días sufrió fracturas, mononucleosis, hepatitis, alteraciones cardíacas u otras enfermedades:

CONSIGNE CUANDO CONSIDERA QUE DEBERÁ RENOVAR LA APTITUD MÉDICA SU PACIENTE

3 Meses 6 Meses 9 Meses 1 año

Firma y sello del Profesional
Matrícula

Fecha:/...../.....