



Ficha Médica – Deportes UPE 2019

DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO

Datos personales

Nombre y Apellido: D.N.I.:.....
Fecha de Nacimiento: / / Edad:.....
Domicilio:..... Localidad :.....
Teléfono:..... Cel:.....
Obra Social:..... Núm. Afiliado.....
Email:..... Facebook:.....
Carrera:..... Año de cursada:.....
Deporte:.....

En caso de urgencia avisar a ...

Contacto 1:

Nombre y Apellido: Relación/parentesco:.....
Domicilio:..... Teléfono.....

Contacto 1:

Nombre y Apellido: Relación/parentesco:.....
Domicilio:..... Teléfono.....

Alimentación y ejercicio

¿Tiene algún a restricción alimenticia? Por favor consigne información que considere importante:

¿Practica alguna actividad física con frecuencia? SI - NO ¿Cuál?.....

¿A participado de manera federada en algún deporte? SI - NO ¿Cuál?.....

Firma del alumno

Fecha:



Ficha Médica – Deportes UPE 2019

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medicamentos

¿Es alérgico a alguna medicación? Sí – NO

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? Sí – NO ¿Cuál?.....

¿Por qué enfermedad lo toma?

Ficha de control médico

Peso: Talla: IMC: TA: Grupo Sanguíneo:

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

Patologías / Antecedentes	¿Sí?	¿No?	¿Tiene Alguna restricción?
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			
8. Fuma			
9. Alcohol			
10. Limitaciones para el ejercicio físico			
11. Otras			

Certifico que.....DNI.....

Está en condiciones de realizar actividad física, según examen clínico al día de la fecha.-

Deporte:

Firma y Sello del Médico

Fecha