

**DIRECCION DE DEPORTES Y RECREACION**  
**PROGRAMA DE DEPORTES Y VERANO**  
**FICHA DE SALUD 2019**



DATOS PERSONALES		
Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento:...../...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Peso:	Talla:	IMC:

INFORMACIÓN DE SALUD NECESARIA (marcar con una cruz las respuestas positivas)			
Asma		Epilepsia	
Hipertensión arterial		Diabetes	
Cardiopatía		Celiaquismo	
Pérdida de conocimiento		Fracturas, luxaciones	
Problemas en la piel		Enfermedades neurológicas	
		Escoliosis	
		Usa anteojos	
		Convulsiones	
		Problemas óseos o articulares	
		Otros	
Especifique:			

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?			
En caso afirmativo, describa manifestaciones:			
La alergia se debe a:			No sabe
¿Recibe tratamiento permanente?	NO	SI	¿Cuál?

TRATAMIENTOS	NO	SI	MEDICACIÓN / DOSIS
¿Recibe tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Quirúrgicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Presenta alguna limitación física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Detalle el caso:			

**Certifico que.....de.....años de edad, ha sido examinado clínicamente y se encuentra APTO para realizar actividades deportivas, recreativas y competitivas de acuerdo a su edad y condición física.**

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha