

Datos Personales del Participante			
Apellido:	Nombre:		D.N.I.:
F. de Nacimiento: / /	Grupo Sanguíneo:		Factor:
Domicilio:	Tel. Particular:		
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:	
Obra Social:	Nº Afiliado:		
Nombre del Padre, Madre, Tutor o Encargado:			DNI:
Domicilio:	Tel. de Contacto:		
Mail:	Nacionalidad:		
Datos Deportivos			
Institución en que practica la actividad:		Practica deporte desde:	
Actividad Física y Función:			
Para ser completado por el médico			
Historia Clínica (*)			
Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.			
SI	NO		DETALLE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con muerte súbita	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades respiratorias	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades metabólicas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades articulares	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades actuales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugías recientes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma medicación	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuvo episodio de Desmayo o síncope	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es alérgico a:	
Evaluación Clínica (*)			
Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	Altura	<input type="text"/>
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	Talla sentado	<input type="text"/>
¿Realiza Actividad Física?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
¿Con que frecuencia?	1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días		
¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuál?	ECG <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Estudios de laboratorio <input type="checkbox"/>		
Certifico que _____ de _____ años de edad, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.			
_____ Firma y Sello del Médico		_____ Localidad, Fecha y Hora	