

NÚMERO DE CARNET

DEPARTAMENTO DE RECREACIÓN Y DEPORTES

FICHA MÉDICA

APELLIDO y NOMBRE:..... DNI:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:.....TELEFONO:.....

E-MAIL:OBRA SOCIAL:..... NÚMEROAF.:.....

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.....

OTROS DIAGNÓSTICOS:.....

FECHA DE DAÑO o AÑOS DE ENFERMEDAD:.....

ALTERACIONES FUNCIONALES:.....

DERIVACIÓN MÉDICA o INSTITUCIÓN Cuál?..... ESPONTÁNEO Otro

APARATO CARDIOVASCULAR

Para ser completado por MÉDICO CARDIÓLOGO (SIN EXCEPCIÓN):

HTA ENF. CORONARIA ARRITMIAS OTRAS.....

Informe detallado de ECG *ADJUNTAR ECG (Original o Copia)*

Consideraciones o limitaciones:.....

APTO CARDIOLÓGICO: ¿Apto para realizar actividad física? SI NO

Fecha/...../ 20.....

Firma y Sello del Cardiólogo

AUTORIZO A REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES (Consultar en www.snr.gov.ar implicancia de cada actividad)

| ACTIVIDADES | Marcar con "x" | ACTIVIDADES | Marcar con "x" |
|--|----------------|---|----------------|
| GIMNASIA EN PISCINA CLIMATIZADA (33° +/-1° C) | | DANZA MOVIMIENTO CREATIVO | |
| GIMNASIA EN PISCINA DESCUBIERTA FRÍA | | ACTIVIDADES DEPORTIVAS RECREATIVAS | |
| GIMNASIA ACONDICIONAMIENTO FÍSICO | | ACTIVIDADES DEPORTIVAS COMPETITIVAS | |
| GIMNASIA POSTURAL, YOGA, STRETCHING | | INICIACIÓN DEPORTIVA (de 8 a 18 años de edad) | |
| MUSCULACIÓN (GIMNASIO) C/APARATOS Y/O EJ. AERÓBICOS) | | PILATES | |

Tiempo máximo de permanencia en el agua:..... minutos

INDICACIONES ACTIV. FÍSICA:.....

CONTRAINDICACIONES ACTIVIDAD FÍSICA:.....

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

APARATO RESPIRATORIO

EPOC ASMA FIBROSIS PULMONAR

TRAQUEOTOMÍA OTROS.....

.....

.....

(Cuando corresponda adjuntar espirometría)

APARATO OSTEOARTICULAR

ARTROSIS ARTRITIS REUMATOIDEA u OTRAS

OSTEOPOROSIS DISCOPATÍAS OTROS

.....

.....

(Breve descripción de historia de la enfermedad)

APARATO DIGESTIVO

COLOSTOMÍA

.....

.....

(Breve descripción de enfermedad cuando corresponda)

AP. GÉNITO URINARIO

INSUFICIENCIA RENAL DIÁLISIS

SONDA VESICAL OTROS.....

.....

.....

(Breve descripción de historia de la enfermedad)

ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS

EPILEPSIA ENF. DEGENERATIVAS

ENF. MUSCULARES PARKINSON ACV

OTROS.....

.....

.....

(Breve descripción de historia de la enfermedad)

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS
(Adjuntar informe en caso de que corresponda)

.....

.....

.....

ANTECEDENTES ENDÓCRINO-METABÓLICOS

DBT USA INSULINA SI NO

SOBREPESO/OBESIDAD

OTROS.....

.....

.....

CIRUGÍAS

.....

.....

.....

ALERGIAS

SI NO

Especificar.....

.....

.....

MEDICACIÓN (droga)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

EL PRESENTE APTO MÉDICO TIENE UNA VIGENCIA DE: 3 - 6 - 9 - 12 MESES
(Marcar con un círculo el período que corresponda)

Teléfono de contacto para interconsultas:.....
El/la Sr. /Sra..... DNI N°..... se encuentra apto para las prácticas citadas, habiendo tomado conocimiento de los antecedentes que acompañan el presente.

IMPORTANTE: La presente ficha médica debe estar correctamente completada en todos los ítems requeridos para tener validez.

Buenos Aires,...../...../20....

.....
Firma y Sello: