

NÚMERO DE CARNET

NÚMERO DE CARNET RELACIONADO

DEPARTAMENTO DE RECREACIÓN Y DEPORTES

FICHA MÉDICA FAMILIAR y/o ACOMPAÑANTE

APELLIDO y NOMBRE:..... DNI:

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

E-MAIL:OBRA SOCIAL..... NÚMERO AF.:.....

Para ser completado por MÉDICO CARDIÓLOGO (SIN EXCEPCIÓN):

HTA ENF. CORONARIA ARRITMIAS OTRAS.....

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

.....
.....
.....

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

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

Firma y Sello del Cardiólogo

Antecedentes de salud relevantes:

.....
.....
.....

Alergias NO SI Especifique:

.....
.....

Medicación:

.....
.....
.....

Tiempo máximo de permanencia en el agua:minutos

INDICACIONES ACTIV. FÍSICA.....

CONTRAINDICACIONES ACTIVIDAD FÍSICA.....

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