

DATOS PERSONALES**FICHA MÉDICA DEPORTIVA**

APELLIDO Y NOMBRES:	<input type="text"/>	DNI.	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>	ESTADO CIVIL	CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>
			SOLTERO <input type="checkbox"/> CONCUBINO <input type="checkbox"/>
DOMICILIO: CALLE	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>
		PISO	<input type="text"/>
		DEP	<input type="text"/>
PROVINCIA	<input type="text"/>	LOCALIDAD	<input type="text"/>
		CP	<input type="text"/>
TE:	<input type="text"/>	CEL	<input type="text"/>
		MAIL	<input type="text"/>

Por la presente declaro que: no he tenido, ni tengo prohibida la práctica de ningún deporte por razones médicas. Toda la información que he suministrado la realizo en carácter de declaración jurada. Autorizo: en caso de emergencia a cualquier persona calificada, designada por la organización del evento, me haga tratamiento médico o quirúrgico incluido transfusiones.

COMPLETAR CON LETRA CLARA

FIRMA DEL SOLICITANTE

RX TORAX**ANTECEDENTES DEPORTIVOS**

ESPECIALIDAD	<input type="text"/>	TIEMPO DE PRACTICA	<input type="text"/>	ATEGORIA	<input type="text"/>
TITULOS OBTENIDOS	<input type="text"/>				
MEJOR PUESTO OBTENIDO EN EL AÑO ANTERIOR	<input type="text"/>				
REALIZA OTROS EJERCICIOS? CUALES?	<input type="text"/>	FRECUENCIA	<input type="text"/>		

EXAMEN MEDICO

EXAMEN CLINICO

Hemograma: Normal Anormal Glucemia: Normal Anormal Grupo Sanguíneo: Factor I

-Se deberá adjuntar informe-

ANTECEDENTES:

Tachar lo que no corresponda

Pérdida de conocimiento	SI	NO	Antecedentes Cardíacos	SI	NO	Alergias	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Hipertensión Arterial	SI	NO	Toma alcohol	SI	NO
Tratamientos Psicológicos	SI	NO	Problemas Urogenitales	SI	NO	Asma	SI	NO
Problemas sanguíneos	SI	NO	Ant. Ulcera Gastroduodenal	SI	NO	Usó drogas prohibidas	SI	NO
Problemas oculares	SI	NO	Toma algún Medicamento	SI	NO			

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO _____

EXAMEN OFTALMICO:	Agudeza Visual:	NORMAL	SI	NO	ELECTROCARDIOGRAMA:
	Tensión Ocular:	NORMAL	SI	NO	RESULTADO: NORMAL
	Visión color:	NORMAL	SI	NO	SI NO

-Deberá adjuntar informe y firmado por el médico-

-Deberá adjuntar estudio y firmado por el médico-

EXAMENES CLINICOS Y CONCLUSIONES:

El solicitante es apto para la práctica de Motociclismo deportivo: SI NO

Observaciones y/o Conclusiones: _____

LUGAR Y FECHA: _____

Sello Institución Médica Sello Médico Clínico Firma Médico Clínico

TODA LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN ESTA FICHA SERA REAL Y PRECISA, LA CUAL SE TOMARA EN CARACTER DE DECLACION JURADA.

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DNI 1RA., 2DA. HOJA, Y CAMBIO DE DOMICILIO