



## Ficha Médica 2026

(Válida para todas las actividades de deportes 2026)

### Anamnesis

Apellido y Nombres:				DNI:					
Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>		
Domicilio. Calle:	<input type="text"/>			Nº	<input type="text"/>	Piso:	<input type="text"/>	Dpto.:	<input type="text"/>
Celular 1:	<input type="text"/>			Fijo o Celular 2:	<input type="text"/>				
Correo electrónico:	<input type="text"/>								

La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende. Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

**ANTECEDENTES PERSONALES.** Marque con una "X" lo que corresponda.

Menores de 14 años: Deberá ser completado obligatoriamente por el padre, la madre o el responsable legal.

Adolescentes de 14 a 18 años: Se recomienda que sea completado por uno de los padres o el responsable legal. Si el adolescente concurre solo a la consulta, podrá completarla, si es que conoce los antecedentes.

	Sí	No		Sí	No
Problemas cardíacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Obesidad			Otro problema en los huesos o articulaciones		
Asma bronquial			Cirugías		
Pérdida de conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Traumatismos de cráneo			Tos crónica		
Diabetes			Problemas de piel		
Alteraciones sanguíneas			Usa anteojos		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo		
Desmayos			Consumo vitaminas		
Mareos			Alergias		
Dolor fuerte en el pecho			Alergia a algún medicamento		
Mayor cansancio que sus compañeros			Medicación habitual		
Palpitaciones			Vacunación completa		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física					

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):

### Antecedentes familiares

Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

Por la presente afirma que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Firma padre, madre o responsable legal: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha:

Firma del adolescente (14 a 18 años): \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_



## EXAMEN FÍSICO

### Anamnesis personalizada:

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

Desmayos:

Mareos:

Dolor fuerte en el pecho:

Mayor cansancio que sus compañeros:

Palpitaciones:

Dificultad para respirar durante o después de la actividad física:

Consumo de vitaminas, minerales, bebidas energizantes, suplementos:

Consumo de alcohol, cigarrillos, otras sustancias:

Micosis (sí/no):.....

Pediculosis (sí/no):.....

Peso:	Pc ( )	Talla:	Pc ( )	IMC:	Pc ( )
Examen bucodental:	Caries: sí/no		Ortodoncia fija: sí/no Oclusión dental:		
Examen visual:	OD:	Ol:		Pupilas: Visión cromática:	
Examen cardiovascular	Inspección: Auscultación: FC: TA: Pulsos humerales: Pulsos femorales:		Pc ( )		
Examen respiratorio	Inspección:		Auscultación:		
Examen abdominogenital	Inspección:		Palpación:		
Examen músculo esquelético	Actitud	Postura		Asimetrías	
	Movilidad articular	Cuello		Tronco	
	Apoyo plantar	Extremidades superiores		Extremidades inferiores	
Evaluación madurativa	Estadio Tanner:	Menarca:		Ritmo menstrual:	

Observaciones: (detallar hallazgos)

Indicaciones:

Lugar y fecha:	.....	Firma y sello del médico
		Aclaración: Nº de matrícula:

**IMPORTANTE:** Junto con esta Ficha Médica, debe presentarse el carnet de vacunación, en el que conste el cumplimiento del calendario establecido.

### **CONSTANCIA PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA**

Dejo Constancia que ..... DNI:....., de ..... años de edad ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y bajos supervisión de personal idóneo.

Observaciones:

...../...../.....

Fecha

.....

Firma y sello del médico