



Ficha Médica 2026

(Válida para todas las actividades de deportes 2026)

Anamnesis

Apellido y Nombres: DNI:

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo:

Domicilio. Calle: N° Piso: Dpto.:

Celular 1: Fijo o Celular 2:

Correo electrónico:

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 | | | Consume 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 | | | Obesidad | | |
| Problemas cardíacos | | | Diabetes | | |
| Presión arterial elevada | | | Colesterol elevado | | |
| | | | Tos crónica | | |

Observaciones:

Por la presente afirmo 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: | OI: | Pupilas: Visión cromática: | | |
| Examen cardiovascular | Inspección: Auscultación: FC: TA: Pc () Pulsos humerales: Pulsos femorales: | | | | |
| 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: N° 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