

# APTO MEDICO DEPORTIVO

datos para el medico - declaracion jurada

FECHA ...../...../.....

FICHA PERSONAL

completar letra clara imprenta

Apellido , Nombre :

edad:

DNI:

OBRA SOCIAL:

celular

ciudad, provincia

profesion

numero de contacto URGENCIA :

nombre y apellido

## FICHA MEDICA ACTUALIZADA A HOY

**Padece o padecio alguna de estas enfermedades?**

ASMA: SI / NO

DIABETES SI / NO

HEPATITIS SI / NO

ALERGIAS SI / NO

HIPERTENSION ARTERIAL: SI / NO

¿Se encuentra en algun tratamiento medico? SI / NO CUAL?

Sufrio alguna enfermedad durantes los dias previos: si / no cual?

Tiene algun impedimento fisico: SI / NO CUAL?

FECHA DE SU ULTIMO CONTROL MEDICO: ...../...../.....

ULTIMO CONTROL ECOCARDIOGRAMA

/ /

ULTIMO CONTROL ERGOMETRIA

/ /

COBERTURA MEDICA: SI / NO ¿CUAL?

N° DE AFILIADO :

TELEFONO DE EMERGENCIA:

IMPORTANTE : SI HAY DATOS QUE CONSIDERE DE INTERES MEDICO HAGA UNA ACLARACION A CONTINUACION

FIRMA

ACLARACION

**IMPORTANTE : Ud. Debe imprimir , completar y firmar este documento y presentarlo en la oficina de carrerar durante el proceso de acreditacion rempaza al CERTIFICADO MEDICO**

firma del medico

aclaracion

( m.p.)(m.n)