

# KM DE INCLUSIÓN

El deporte no tiene límites: la inclusión es la verdadera meta

## APTO MEDICO DEPORTIVO

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

OBRA SOCIAL:

Apellido , Nombre :

DNI:

celular

ciudad, provincia

profesion

numero de contacto

edad:

URGENCIA

### FICHA MEDICA ACTUALIZADA A HOY

Padece o padecio alguna de estas enfermedades?

HEPATITIS SI / NO ALERGIAS SI / NO

ASMA: SI / NO

DIABETES SI / NO

HIPERTENSION ARTERIAL: SI / NO

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

Sufrio alguna enfermedad durante 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:

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 carreras durante el proceso de acreditacion remplace al CERTIFICADO MEDICO

firma del medico

aclaracion

( m.p.)(m.n)