

Ficha de aptitud física para actividades deportivas

Se detallan a continuación los datos a ser completados por el/la profesional médico/a.

Apellido y Nombre.

Documento Nacional de Identidad (DNI).

Fecha de Nacimiento.

Obra Social.

Número de Afiliado/da.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

a. Otros Diagnósticos.

b. Fecha de inicio de discapacidad.

c. Alteraciones funcionales.

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

(el/la profesional seleccionará con una cruz la opción que corresponda):

Aparato Cardiovascular

a. Hipertensión Arterial (HTA).

b. Enfermedad Coronaria.

c. Arritmias.

d. Otras (aclarar cuáles).

- e. Consideraciones o limitaciones.

Aparato respiratorio

- a. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- b. Asma.
- c. Fibrosis Pulmonar.
- d. Traqueotomía.
- e. Declare cualquier otra información que considere de relevancia informar para la realización de las actividades.

Aparato Osteoarticular

- a. Artrosis.
- b. Artritis Reumatoidea u Otras.
- c. Osteoporosis.
- d. Discopatías.
- e. Otros (aclarar cuáles).
- f. Breve descripción de historia de la enfermedad (cuando corresponda).

Aparato Digestivo

- a. Colostomía.
- b. Breve descripción de enfermedad (cuando corresponda).

Aparato Génito Urinario

- a. Insuficiencia Renal.
- b. Diálisis.
- c. Sonda Vesical.
- d. Otros (aclarar cuáles).
- e. Breve descripción de historia de la enfermedad.

Antecedentes Endócrino-Metabólicos

- a. DBT.
- b. Usa Insulina.
- c. Sobrepeso/obesidad.
- d. Otros (aclarar cuáles).

Antecedentes Neurológicos

- a. Epilepsia.
- b. Enfermedades Degenerativas.
- c. Enfermedades Musculares.
- d. Parkinson.
- e. Accidente Cerebro Vascular (ACV).
- f. Otros (aclarar cuáles).
- g. Breve descripción de historia de la enfermedad.

Cirugías

- a. Si.
- b. No.
- c. Especificar.

Medicación

- a. Si.
- b. No.
- c. Especificar.

Alergias

- a. Si.
- b. No.
- c. Especificar.

Antecedentes de Salud Mental

- a. Estado Actual.
- b. Adherencia al tratamiento.
- c. Tipo de Medicación.

¿Se contraindica alguna actividad deportiva?

- a. Si.
- b. No.
- c. Especificar.

Declare cualquier otra información que considere de relevancia informar para la realización de las actividades:

El presente Apto Médico tiene una vigencia de (se seleccionará con una cruz la opción que corresponda):

- a. 3 meses
- b. 6 meses
- c. 12 meses

El/La Señor/Señora... DNI... número se encuentra apto para la práctica de actividades deportivas y recreativas,

Buenos Aires.

Fecha:

Firma y Sello: