FICHA MÉDICA

Temporada 2027 · Club Atlético Las Palmas

DATOS PERSONALES

Apellido y nombre _____

DNI / LE / LC N.º _____ **Fecha de nacimiento** _____

Domicilio _____ **N.º** _____

Barrio _____ **Localidad** _____

Teléfono _____ **Celular** _____

Obra social _____ **N.º de afiliado** _____

En caso de emergencia llamar a _____ **Tel. N.º** _____

EXAMEN CLÍNICO

A completar por el médico, de puño y letra. No se aceptan datos ni firmas del médico cargados en forma digital.

Peso (kg) _____ **Altura (cm)** _____ **Tensión arterial** _____

Examen cardiovascular

Frecuencia cardíaca _____ **Soplos** ☐ SI ☐ NO **Arritmias** ☐ SI ☐ NO

Examen del aparato respiratorio _____

Examen del aparato neurológico _____

Examen del aparato osteoarticular _____

ANTECEDENTES GENERALES

Asma bronquial	☐ SI ☐ NO	**Diabetes**	☐ SI ☐ NO	**Convulsiones**	☐ SI ☐ NO
Hemorragia nasal	☐ SI ☐ NO	**Desmayos**	☐ SI ☐ NO	**Hipertensión**	☐ SI ☐ NO
Sinusitis	☐ SI ☐ NO	**Cirugías**	☐ SI ☐ NO		

¿Cuáles? _____

ALERGIAS

Medicamentos ☐ SI ☐ NO **¿Cuáles?** _____

Alimentarias ☐ SI ☐ NO **¿Cuáles?** _____

Insectos ☐ SI ☐ NO **¿Cuáles?** _____

¿Está bajo tratamiento médico? ☐ SI ☐ NO **¿Cuál?** _____

CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Por la presente dejo constancia de que el/la Sr./Sra. _____ se encuentra apto/a para realizar actividad física, y se hace responsable, junto con el abajo firmante, de la veracidad de los datos suministrados.

Completa el médico de puño y letra: firma, sello con N.º de matrícula, lugar y fecha.

Firma y sello del médico (con N.º de matrícula)

Firma del solicitante

N.º de matrícula _____ **Lugar y fecha** _____

CLUB ATLÉTICO LAS PALMAS