



Bienvenido a San Pablo Futsal, en nombre del cuerpo técnico y profesores queremos agradecerte por habernos elegidos.

A continuación encontrarás una serie de documentación que es de suma importancia tener completa.

Vas a encontrar **FICHA MÉDICA Parte 1** la cual debe ser llenada por tus padres y vos con la mayor cantidad de datos posibles. Y también tendrás la **FICHA MÉDICA Parte 2** que deberá ser completada por un profesional médico.

Sabemos que a nadie le gusta perder tiempo visitando doctores y realizándose estudios pero nosotros queremos cuidarte de la mejor manera posible y es por eso que necesitamos esa información.

De nuestra parte haremos todo lo posible para acompañarte, formarte y hacerte crecer en el deporte que elegiste. Trataremos que nunca te olvides que lo más importante es disfrutar de lo que vos elegiste hacer y nos esforzaremos para formarte como deportista y no un simple jugador de futsal.

El camino no va a ser fácil, todo dependerá de tu compromiso y ganas pero siempre contarás con nuestro apoyo para lo que necesites.

Como todo los año vas a poder contar con la opción de realizar todos los estudios médicos en un mismo día en **CENTRO MÉDICO CHACRAS** el cual recibe las siguientes obra sociales: OSDE – MEDIFE – DAMSU – GALENO – PREVENCIÓN SALUD – OMINT – FEDERADA SALUD – SANCOR SALUD – OSPE – OSDIPP – MEDICUS. Solicita turnos al 4962982. En caso de no tener obra social podrás hacerlo de manera particular accediendo a beneficios exclusivos.

Gracias.

**Cuerpo Técnico**  
**San Pablo Futsal**



## FICHA MÉDICA PERSONAL PARTE 1

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_  
Teléfono Contacto: \_\_\_\_\_ Obra Social: \_\_\_\_\_ N° Socio: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES: Marque lo que corresponda.**

En menores de 14 años deberá ser completado obligatoriamente por el padre, la madre o el responsable legal.

	SI	NO		SI	NO
Problemas cardiacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Obesidad			Otros problemas en huesos o articulaciones		
Asma bronquial			Cirugías		
Pérdida de conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Traumatismos de cráneo			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo		
Diabetes			Alergias		
Alteraciones sanguíneas			Tos crónica		
Alergia a algún medicamento			Medicación Habitual		
Problemas en la piel			¿Consume vitaminas?		
Usa Anteojos					

En relación con el ejercicio: (durante o después) ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos			Mareos		
Dolor fuerte en el pecho			Mayor Cansancio que sus compañeros		
Palpitaciones			Dificultad para respirar durante o después de la actividad física		

**OBSERVACIONES: (detalle las respuestas afirmativas)**

**Antecedentes Familiares**

	SI	NO		SI	NO
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
Problemas Cardiacos			Diabetes		
Presión Arterial Elevada			Colesterol Elevado		
Observaciones:					

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces:

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE, MADRE o TUTOR

FIRMA JUGADOR

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN



## FICHA MÉDICA Parte 2

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

- Desmayo:
- Mareos:
- Dolor Fuerte en el pecho:
- Mayo 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:

Peso:	Pc ( ):	Talla:	Pc ( )	IMC:	Pc ( )
<b>Examen Cardiovascular</b>	Inspección: Auscultación: FC: TA: Pc ( ) Pulsos Humerales: Pulsos Femorales: ECG (Informe) para toda las categorías: Ergometría a partir de categoría C13:				
<b>Examen Respiratorio</b>	Inspección:		Auscultación:		
<b>Examen Abdominogenital</b>	Inspección		Palpación:		
<b>Examen músculo esquelético</b>	Actitud	Postura		Asimetrías	
Movilidad Articular	Cuello		Tronco		
Apoyo Plantar	Extremidades Superiores		Extremidades Inferiores		
<b>Evaluación Madurativa</b>	<b>Estadio Tanner:</b> I - II - III - IV - V				
<b>Dejo constancia que el paciente:</b> ..... <b>DNI:</b> ..... de ..... años ha sido evaluado y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividad física y deportiva acorde a su edad, sexo, estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.					
<b><u>Indicaciones o estudios complementarios:</u></b>					

Lugar y Fecha:

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO