

Evaluación Médica 2022 – San Pablo

Datos personales

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ TEL/CEL Contacto: _____

Edad: _____ Obra Social: _____

Fecha Nacimiento: _____ Club: _____

Información para llenar por el médico. Colocar x en caso de ser positivo.

Antecedentes Personales

Cardiopatía conocida

Asma

Obesidad

Epidemiología Chagas

Covid19 *

Arritmias

Hipertensión arterial

Otros:

Síntomas ante el esfuerzo

Dolor torácico

Disnea desproporcionada al esfuerzo

Mareos/síncope

Palpitaciones

Otros:

Antecedentes Familiares

Muerte súbita (<50 años)

Cardiomiopatías

Síndrome Marfan

Arritmias complejas

DAVD

ACV

Enfermedad coronaria

Síndrome QT

Miocardiopatía hipertrófica

OTROS:

Examen Físico

Presión arterial:

Frecuencia cardíaca:

Examen físico cardiovascular dentro de parámetros normales.

Peso:

Talla:

-Hallazgos:

Vacunación COVID-19

1ra Dosis: _____ Fecha: __/__/__ 2da Dosis: _____ Fecha: __/__/__

Refuerzo: _____ Fecha: __/__/__

Exámenes Complementarios Solicitados

Estudios solicitados:

Apto para realizar actividad física.

Dejo constancia que el paciente ha sido evaluado y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acorde a su edad, sexo y estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

Declaro que toda la información proporcionada al profesional médico es verídica.

Firma Postulante/Tutor

Firma y Sello médico