



DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO

Datos personales

Apellido y Nombres: D.N.I.:
 Fecha de Nacimiento:..... / / Edad: Estado Civil:
 Domicilio: Localidad:

En caso de urgencia avisar a

Contacto 1: Nombre y Apellido: Relación/parentesco:
 Domicilio: Teléfonos fijo y móvil:
 Contacto 2: Nombre y Apellido: Relación/parentesco:
 Domicilio: Teléfonos fijo y móvil:

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál? N° Carnet: N° a Llamar:

DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO

Alimentación y ejercicio

¿Tiene algún a restricción sobre los alimentos que puede ingerir? Por favor consigne información que considere importante:
 ¿Practica alguna actividad física? SI - NO ¿Cuál?.....

Medicamentos

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI - NO
 ¿Por qué enfermedad lo toma?

Ficha de control médico

Peso: Talla: IMC: TA: / Grupo Sanguíneo:
 ¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:
 ELECTROCARDIOGRAMA INFORME:
 OBSERVACIONES:

<i>Patologías / Antecedentes</i>	<i>¿Si?</i>	<i>¿No?</i>	<i>¿Tiene Alguna restricción?</i>
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			
8. Fuma			
9. Alcohol			
10. Limitaciones para el ejercicio físico			
11. Otras			

Certifico que.....DNI:

Está en condiciones de realizar actividad física, según examen clínico del día de la fecha.-

Deporte Actividad no competitiva- Recreación

Firma del Médico
 Sello Fecha://