



DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO

Datos personales

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

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: .....

Patologías / Antecedentes	¿Si?	¿No?	¿Tiene Alguna restricción?
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: ..... / ..... / .....