



## Ficha Médica 2025

(Válida para Colonia de Vacaciones y Escuelas Municipales de Deporte)

### Anamnesis

Apellido y Nombres:  DNI:

Fecha de Nacimiento:    Edad:  Sexo:

Domicilio. Calle:  N°  Piso:  Dpto.:

Celular 1:  Fijo o Celular 2:

Correo electrónico:

La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende. Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

**ANTECEDENTES PERSONALES.** Marque con una "X" lo que corresponda.

**Menores de 14 años:** Deberá ser completado obligatoriamente por el padre, la madre o el responsable legal.

**Adolescentes de 14 a 18 años:** Se recomienda que sea completado por uno de los padres o el responsable legal. Si el adolescente concurre solo a la consulta, podrá completarla, si es que conoce los antecedentes.

	Sí	No		Sí	No
Problemas cardíacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Obesidad			Otro problema en los huesos o articulaciones		
Asma bronquial			Cirugías		
Pérdida de conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Traumatismos de cráneo			Tos crónica		
Diabetes			Problemas de piel		
Alteraciones sanguíneas			Usa anteojos		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo		
Desmayos			Consumo vitaminas		
Mareos			Alergias		
Dolor fuerte en el pecho			Alergia a algún medicamento		
Mayor cansancio que sus compañeros			Medicación habitual		
Palpitaciones			Vacunación completa		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física					

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):

### Antecedentes familiares

Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
			Diabetes		
Problemas cardíacos			Colesterol elevado		
Presión arterial elevada			Tos crónica		

Observaciones:

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

Firma padre, madre o responsable legal: \_\_\_\_\_

Aclaración:

Fecha:



Firma del  
adolescente (14 a 18  
años)

Aclaración:

### EXAMEN FÍSICO

#### Anamnesis personalizada:

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

Desmayos:

Mareos:

Dolor fuerte en el pecho:

Mayor 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:

Micosis (sí/no):.....

Pediculosis (sí/no):.....

Peso:	Pc ( )	Talla:	Pc ( )	IMC:	Pc ( )
<b>Examen bucodental:</b>		Caries: sí/no	Ortodoncia fija: sí/no Oclusión dental:		
<b>Examen visual:</b>	OD:	OI:	Pupilas: Visión cromática:		
<b>Examen cardiovascular</b>	Inspección: Auscultación: FC: TA: Pc ( ) Pulsos humerales: Pulsos femorales:				
<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>	Estadio Tanner:	Menarca:	Ritmo menstrual:		

Observaciones: (detallar hallazgos)

Indicaciones:

Lugar y fecha:	..... Firma y sello del médico  Aclaración: N° de matrícula:
----------------	--

#### CONSTANCIA PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA

Dejo Constancia que ....., DNI:....., de ..... años de edad ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y bajos supervisión de personal idóneo.

Observaciones: