



Municipio de Libertador San Martín Entre Ríos



FICHA MÉDICA 2019

Anamnesis

Apellido y nombre:.....DNI:.....
 Fecha de nacimiento:/...../.....Edad:.....Sexo:.....
 Domicilio:.....Nº:.....Piso.....Dpto.....
 Celular 1:.....Tel. 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.

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

En adolescentes de entre 14 y 18 años se recomienda que sea completado por el padre, la madre o el responsable legal. En caso que el adolescente concurra solo a la consulta podrá completarla él mismo si 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			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo		
Diabetes			Alergias		
Alteraciones sanguíneas			Tos crónica		
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			Medicación habitual		
			Alergia a algún medicamento		
			Consume vitaminas		
			Problemas de piel		
			Usa anteojos		
Vacunación completa					

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):

Antecedentes familiares

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

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, la madre
o el responsable legal

Firma del adolescente
(14 a 18 años)

.....
Aclaración:

.....
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 ()
Examen bucodental:		Caries: sí/no	Ortodoncia fija: sí/no Oclusión dental:		
Examen visual:	OD:	OI:	Pupilas: Visión cromática:		
Examen cardiovascular	Inspección: Auscultación: FC: TA: Pc () Pulsos humerales: Pulsos femorales:				
Examen respiratorio	Inspección:		Auscultación:		
Examen abdominogenital	Inspección:		Palpación:		
Examen músculo esquelético	Actitud	Postura		Asimetrías	
	Movilidad articular		Cuello		Tronco
	Apoyo plantar		Extremidades superiores		Extremidades inferiores
Evaluación madurativa	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:

...../...../.....
 Fecha

.....
 Firma y sello del médico