



FÚTBOL INFANTIL Y JUVENIL

APTITUD FÍSICA 2023

APELLIDO Y NOMBRE: _____
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ **EDAD:** _____ **SEXO:** _____
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ **TEL:** _____
GRUPO SANGUINEO: _____ **FACTOR Rh:** (___)
OBRA SOCIAL: _____ **SOCIO N°** _____ **TEL:** _____

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con una cruz)

Sarampión	Escarlatina	Varicela	Rubéola	Paperas	Sinusitis	Otitis	
Meningitis	Tos convulsiva	Asma	Tuberculosis	Hepatitis	Mononucleosis	Diabetes	
Celiaco	Cardiopatías	Hipertensión arterial	Convulsiones	Epilepsia	Hernia	Vértigo/mareos	Migraña
Úlcera	Gastroduodenal	Fiebre reumática	Problemas Neurológicos		Problemas emocionales		

Otras: _____

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____

Traumatismos de cráneo / columna _____

Fracturas _____

Apendicectomía _____

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____ ¿Cómo lo evita? _____

¿Sufre de diabetes? _____ ¿Tiene problemas de coagulación? _____

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojo, nariz, garganta: _____ Tórax de cráneo, pulmones, corazón: _____

Cabeza, cuello: _____ Abdomen, estómago, intestinos: _____

Sistema urinario: _____ Músculos, huesos: _____ Piel: _____

Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: _____

¿Toma algún medicamento en forma regular? _____ ¿Cuál? _____

¿En qué dosis? _____

Si su contestación es afirmativa, explique:

.....



FÚTBOL INFANTIL Y JUVENIL

APTITUD FÍSICA 2023

CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que.....
DNI N°.....de.....años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha a las..... hs. y aparece en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la educación física escolar 2 (dos) módulos semanales y actividad deportiva y de competición que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

.....

Firma del Profesional

.....

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Firma del Padre, Madre o Tutor:

Aclaración:

DNI: