



# 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:** .....