



HISTORIAL MÉDICO

Institución : _____ División _____

Apellido y Nombre: _____ Cateogori _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ N° de D.N.I. ____/____/____/____/____/____

Teléfonos de contacto: _____ Teléfono Alternativo: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Peso: _____ Talla: _____ Obra social : _____

Por favor responda las siguientes preguntas sobre la salud del paciente:

SI

NO

Explique si su respuesta fue "SI"

¿Fue operado en los últimos seis meses o en un período anterior?	☐	☐	
¿Tuvo desmayos o pérdidas de conocimiento en forma espontánea?	☐	☐	
¿Toma Regularmente alguna medicación?	☐	☐	
¿Fue Internado por un problema traumatológico u ortopédico en los últimos 6 meses?	☐	☐	
¿Es Diabético?	☐	☐	
¿Es Asmático?	☐	☐	
¿Es Alérgico?	☐	☐	
¿Fuma?	☐	☐	
¿Tiene enfermedad de Chagas?	☐	☐	
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?	☐	☐	
¿Tuvo o tiene colesterol alto?	☐	☐	
¿Tuvo alguna vez la presión arterial alta?	☐	☐	
¿Ha tenido traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento estos últimos 6 meses?	☐	☐	
¿Sintió que el corazón latía más rápido sin una razón aparente? (en reposo)	☐	☐	
¿Sintió "golpes" o "latidos fuertes" aislados en el corazón?	☐	☐	
¿Tuvo excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?	☐	☐	
¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?	☐	☐	
¿Tuvo o tiene algún familiar directo (padres, hermanos, abuelos) con enfermedad cardíaca?	☐	☐	
¿Tuvo algún familiar directo con muerte súbita antes de los 55 años?	☐	☐	
¿Tiene familiares directos con hipertensión arterial?	☐	☐	
¿Tiene un familiar directo con diabetes?	☐	☐	
¿Tiene un familiar directo con colesterol alto?	☐	☐	
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?	☐	☐	
Cuando asiste al médico clínico o pediatra le toma la presión arterial?	☐	☐	

Información confidencial necesaria para el personal médico en casos de una emergencia de salud durante actividades deportivas.

Firma del Padre/Madre

Aclaración

DNI: _____

Fecha: ____/____/____

DNI: _____

Fecha: ____/____/____



EXAMEN DE APTITUD FÍSICA

Según consensos y normativas científicas y académicas actuales aprobados por la American Heart Association (AHA), SAC (Sociedad Argentina de Cardiología), la FAC (Federación Argentina de Cardiología), el CCD (Comité de Cardiología del Deporte) y la AMMDEP (Asociación Metropolitana de Medicina del Deporte).

Examen de APTITUD FÍSICA para ser realizado por Médico Cardiólogo luego de evaluar:

- Anamnesis • Historia Clínica Personal y familiar (con uso de cuestionario previo) • Examen físico
- Auscultación CardioPulmonar • Pulsos periféricos. • Tensión Arterial. • Electrocardiograma.

T.A.: _____

Examen Cardiovascular:

NORMAL:

☐

ANORMAL:

☐

Electrocardiograma:

NORMAL:

☐

ANORMAL:

☐

Para actividad física:

APTO:

☐

NO APTO:

☐

Observaciones:

VIGENCIA:

Desde:

____ / ____ / _____

Hasta:

____ / ____ / _____

Firma y sello del profesional