



FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES – Completar con letra legible

Fecha ____ / ____ / 2024

Equipo	
Apellido y Nombre	
Edad	
Teléfono Personal	
Teléfono Emergencia	
Domicilio	

ANTECEDENTES – Completar con una X

	SI	NO
¿Fue operado en los últimos 6 meses? ¿De qué?		
¿Toma regularmente alguna medicación? ¿Cuál?		
¿Estuvo internado en el último año?		
¿Sufre de hormigueos en las manos?		
¿Es diabético?		
¿Es asmático?		
¿Es alérgico? ¿A qué es alérgico?		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?		
¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias?		
¿Tiene dolores articulares?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 6 meses?		
¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de su familia ha sufrido muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		

Firma, Aclaración y DNI del Jugador: _____