



FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES – Completar con letra legible

Fecha ____ / ____ / 2025

| | |
|---------------------|--|
| 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: _____