



AFG- FICHA MEDICA

APELLIDO y NOMBRE (S): _____

FECHA DE NAC: _____ LUGAR: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____

OBRA SOCIAL: SI / NO CUAL?: _____ N° AFILIADO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

PROV: _____ TELÉFONO (S): _____

E MAIL: _____

En caso de accidente avisar a: _____ TELÉFONO: _____

ENFERMEDADES Y LESIONES: (contestar Si/No)

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1 - Diabetes:..... | 8 - Problemas Renales:..... |
| 2 - Fiebre Reumática:..... | 9 - Problemas Pulmonares o Respiratorios: |
| 3 - Epilepsia:..... | 10 - Hidatidosis:..... |
| 4 - Hepatitis Virósica:..... | 11 - Sonámbulo:..... |
| 5 - Asma:..... | 12 - Chagásico:..... |
| 6 - Insuficienciacardiaca:..... | 13 - Insomnio:..... |
| 7 - Hernias:..... | 14 - Enuresis:..... |

15- Esguines, fracturas, desgarros musculares, tendinitis recientes, donde?

16- Alergias: _____ ¿A qué?: _____

17- Operaciones (cirugías) Si / No Donde: _____

18- Toma alguna medicina actualmente: _____ ¿Cuál?: _____ Frecuencia: _____

19- Tiene algún régimen alimentario por restricción facultativa: _____

20- Vacunas: _____ Cuales: _____

En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems, sírvase aclarar en observaciones indicando si el paciente se encuentra capacitado para efectuar actividad física.

OBSERVACIONES: _____

Lugar y fecha: _____

Firma del paciente: _____

Aclaración: _____

Firma y sello