

# APTO MEDICO DEPORTIVO

datos para el medico - declaracion jurada

FECHA ...../...../.....

FICHA PERSONAL

completar letra clara imprenta

Apellido , Nombre :

edad: DNI: OBRA SOCIAL:

celular ciudad, provincia profesion

numero de contacto URGENCIA :  
nombre y apellido

## FICHA MEDICA ACTUALIZADA A HOY

**Padece o padecio alguna de estas enfermedades?**

ASMA: SI / NO DIABETES SI / NO HEPATITIS SI / NO ALERGIAS SI / NO

HIPERTENSION ARTERIAL: SI / NO ¿Se encuentra en algun tratamiento medico? SI / NO CUAL?

Sufrio alguna enfermedad durantes los dias previos: si / no cual?

Tiene algun impedimento fisico: SI / NO CUAL?

FECHA DE SU ULTIMO CONTROL MEDICO: ...../...../.....

ULTIMO CONTROL ECOCARDIOGRAMA / /

ULTIMO CONTROL ERGOMETRIA / /

COBERTURA MEDICA: SI / NO ¿ CUAL?

N° DE AFILIADO : TELEFONO DE EMERGENCIA:

IMPORTANTE : SI HAY DATOS QUE CONSIDERE DE INTERES MEDICO HAGA UNA ACLARACION A CONTINUACION

FIRMA

ACLARACION

**IMPORTANTE : Ud. Debe imprimir , completar y firmar este documento y presentarlo en la oficina de carrerar durante el proceso de acreditacion remplaza al CERTIFICADO MEDICO**

firma del medico

aclaracion

( m.p.)(m.n)

