



# APTO MEDICO FUTBOL

FECHA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: \_\_\_\_\_

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ FACTOR Rh: (\_\_\_\_)

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SOCIO N° \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

## ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con una cruz)

Sarampión	Escarlatina	Varicela	Rubéola	Paperas	Sinusitis	Otitis	
Meningitis	Tos convulsiva	Asma	Tuberculosis	Hepatitis	Mononucleosis	Diabetes	
Celiaco	Cardiopatías	Hipertensión arterial	Convulsiones	Epilepsia	Hernia	Vértigo/mareos	Migraña
Úlcera Gastroduodenal	Fiebre reumática	Problemas Neurológicos			Problemas emocionales		

Otras: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: \_\_\_\_\_

Traumatismos de cráneo / columna \_\_\_\_\_

Fracturas \_\_\_\_\_

Apendicectomía \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_ ¿Cómo lo evita? \_\_\_\_\_

¿Sufre de diabetes? \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas de coagulación? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojo, nariz, garganta: \_\_\_\_\_ Tórax de cráneo, pulmones, corazón: \_\_\_\_\_

Cabeza, cuello: \_\_\_\_\_ Abdomen, estómago, intestinos: \_\_\_\_\_

Sistema urinario: \_\_\_\_\_ Músculos, huesos: \_\_\_\_\_ Piel: \_\_\_\_\_

Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento en forma regular? \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿En qué dosis? \_\_\_\_\_

Si su contestación es afirmativa, explique: .....

.....