



# FÚTBOL INFANTIL Y JUVENIL

## APTITUD FÍSICA

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 Nº \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECÍÓ (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

Ulcera 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:



## FÚTBOL INFANTIL Y JUVENIL APTITUD FÍSICA

### CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que.....

DNI N° ..... de ..... años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha a las ..... hs. y aparece en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la educación física escolar 2 (dos) módulos semanales y actividad deportiva y de competición que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

.....  
**Firma del Profesional**

.....  
**Sello Aclaratorio y Nº de Matrícula**

---

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

**Firma del Padre, Madre o Tutor:** .....

**Aclaración:** .....

**DNI:** .....