

MODELO FICHA MEDICA

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

DOMICILIO:

NRO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL PROFESIONAL QUE LO ATIENDE. DURANTE EL EXAMEN FÍSICO SE EVALUARA EL ESTADO CLÍNICO ACTUAL.

ANTECEDENTES PERSONALES. Marque lo que corresponda.

En menores de 14 años, deberá ser completado obligatoriamente por el padre, la madre o el responsable legal.

	SI	NO		SI	NO
PROBLEMAS CARDIACOS			AFECCIONES AUDITIVAS		
PRESIÓN ARTERIAL			FRACTURAS, LUXACIONES, LESIONES LIGAMENTARIA		
OBESIDAD			PROBLEMAS DE HUESOS O ARTICULACIONES		
ASMA BRONQUIAL			CIRUGIAS		
PERDIDA DE LA CONCIENCIA			INTERNACIONES		
CONVULSIONES			ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LOS 2 ÚLTIMOS MESES		
TRAUMATISMOS DE CRANEO			FALTA DE FUNCIONAMIENTO DE RIÑÓN, OJOS, TESTÍCULOS		
DIABETES			ALERGIAS		
ALTERACIONES SANGUÍNEAS			TOS CRONICA		
EN RELACIÓN CON EL EJERCICIO (durante o despues), A PADECIDO ALGUNA VEZ			MEDICACIÓN HABITUAL		
			ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO		
			CONSUME VITAMINAS		
DESMAYOS					
MAREOS			PROBLEMA DE PIEL		
DOLORES FUERTE DE PECHO			USA ANTEOJOS		
MAYOR CANSANCIO QUE SUS COMPAÑEROS					
PALPITACIONES					
DIFICULTAD PARA RESPIRAR DURANTE O DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA					
VACUNACIÓN COMPLETA					

ANTECEDENTES FAMILIARES

MUERTE SÚBITA EN FAMILIARES DIRECTOS	OBESIDAD
PROBLEMAS CARDIACOS	COLESTEROL
DIABETES	TOS CRONICA
PRESIÓN ARTERIAL	

POR LA PRESENTE AFIRMO QUE, DENTRO DE MIS CONOCIMIENTOS Y DE ACUERDO CON LAS PREGUNTAS PLANTEADAS, MIS RESPUESTAS SON VERACES

EXAMEN FÍSICO

ANAMNESIS PERSONALIZADA

En relación al ejercicio (durante o después) ha padecido alguna vez:

DESMAYOS:

MAREOS:

DOLOR FUERTE DE PECHO:

MAYOR CANSANCIO QUE SUS COMPAÑEROS:

PALPITACIONES:

DIFICULTAD PARA RESPIRAR DURANTE O DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA:

CONSUMO DE VITAMINAS, MINERALES, BEBIDAS ENERGIZANTES, SUPLEMENTOS:

CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLOS, OTRAS SUSTANCIAS:

PESO:	PC:	TALLA:	PC:	IMC:	PC:
-------	-----	--------	-----	------	-----

EXAMEN BUCODENTAL:	CARIES:	SI / NO	ORTODONCIA:	SI / NO
--------------------	---------	---------	-------------	---------

EXAMEN VISUAL:	OI	OD	PUPILAS:
			VISIÓN CROMÁTICA:

EXAMEN CARDIOVASCULAR:	INSPECCIÓN:
	AUSCULTACIÓN:
	FC:
	TA:
	PULSOS HUMERALES:
	PULSOS FEMORALES:

EXAMEN RESPIRATORIO:	INSPECCIÓN:	AUSCULTACIÓN:
----------------------	-------------	---------------

EXAMEN ABDOMINAL:	INSPECCIÓN:	PALPITACIÓN:
-------------------	-------------	--------------

EXAMEN ESQUELETICO:	ACTITUD:	POSTURA:	ASIMETRÍA:
	MOVILIDAD ARTICULAR:	EXTREMIDADES SUP.:	EXTREMIDADES INF.:

EVALUACIÓN MADURATIVA:	ESTADIO TANNER:	MENARCA:	RITMO MENSTRUAL:
------------------------	-----------------	----------	------------------

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO