

## CLUB CÍRCULO TROVADOR – AÑO: 2015.

### FICHA DE SALUD DEL SOCIO JUGADOR

Valido para el año: 2015... FECHA: .....

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOCIO JUGADOR:: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ..... DNI: .....

DOMICILIO: .....

TELÉFONO PARTICULAR: .....

SEGURO MÉDICO: ..... N° AFILIADO: .....

### INFORMACIÓN DEL SOCIO JUGADORS

Padece alguna enfermedad que necesite tratamiento o control médico periódico?

Si..... No.....Cuál?: .....

Fue internado alguna vez? Si..... No..... Por que?: .....

Tiene algún tipo de alergia? Si..... No..... A qué? .....

Describa sus manifestaciones.....

Recibe tratamiento permanente? Si..... No.....Cuál? .....

Fue intervenido quirúrgicamente alguna vez? Si..... No..... De que? .....

Presenta alguna patología que le produzca alguna limitación física? Si.....No.....Cuál? .....

Recibe alguna medicación en forma habitual? Si..... No.....Cuál? .....

...ANTITETÁNICA? Si..... No..... FECHA: .....

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Marque si presenta antecedentes familiares de alguna de las siguientes patologías:

Diabetes.... Hipertensión Arterial.... Asma Bronquial.... Bronquitis Crónica... Patologías Cardíacas....Convulsiones.....  
Otras.....

Especifique cuales

EN CASO DE TOMAR CONOCIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD QUE ALTERE EL ESTADO DE SALUD DEL CHICO MENCIONADO EN ESTA FICHA SE DEBERÁ INFORMAR A LA INSTITUCIÓN A LA MAYOR BREVEDAD.

*CONTINÚA EN LA CONTRACARA*

**SI EL SOCIO/JUGADOR TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD, EL CLUB DEBERÁ:**

Derivar a: ..... Institución: .....

Dirección de la Clínica: .....

AVISAR A: (por orden de prioridad)

Nombre y Apellido: ..... Tel: .....

Nombre y Apellido: ..... Tel: .....

Nombre y Apellido: ..... Tel: .....

DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD  
EN..... A LOS ..... DÍAS DEL MES DE ..... DEL AÑO..... AUTORIZANDO POR LA  
PRESENTE (EN CASO DE EMERGENCIA) A ACTUAR SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÈDICOS.

.....  
Firma Aclaración de la firma y N° del DNI del firmante

## **CERTIFICADO DE APTO FÍSICO MÉDICO 2015**

Por medio de la presente dejo constancia que el Sr/a.....

..... de..... años de edad, al examen clínico realizado...NO  
...presenta impedimento para realizar actividad física y deportiva acorde a su edad y sexo.

.....

Fecha

.....

Firma y Sello del Profesional Médico

EL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO DEBE REALIZARSE CON FECHA DEL AÑO 2015 AL QUE EL  
SOCIO/JUGADOR VA A INGRESAR A LA PRÁCTICA DEPORTIVA, DE LO CONTRARIO NO TENDRÀ VALIDEZ.