

**ffbra**

Federación Femenina de Basquetbol de la República Argentina

Datos Personales del Deportista

Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento:/...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Tel. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:	D.N.I.:	
Domicilio:	Tel. de Contacto:	

Historia Clínica (*)

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Congénitas	18	<input type="checkbox"/>	Paperas	35	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre
2	<input type="checkbox"/>	Traumatismos	19	<input type="checkbox"/>	Sarampión	36	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios
3	<input type="checkbox"/>	Operaciones	20	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Digestivas	37	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista
4	<input type="checkbox"/>	Golpes Fuertes	21	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Glandulares
5	<input type="checkbox"/>	Lesiones Articulares	22	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Renales	39	<input type="checkbox"/>	Intervenciones Quirúrgicas
6	<input type="checkbox"/>	Fracturas - Esguinces	23	<input type="checkbox"/>	Infecciones Urinarias	40	<input type="checkbox"/>	Heridas
7	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Huesos	24	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Genitales	41	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel
8	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Musculares	25	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	42	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Auditivas
9	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	26	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza - Mareos	43	<input type="checkbox"/>	Infecciones Crónicas
10	<input type="checkbox"/>	Artritis - Artrosis	27	<input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia	44	<input type="checkbox"/>	Psoriasis
11	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias	28	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Conocimiento	45	<input type="checkbox"/>	Consume Alcohol
12	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Articulares	29	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	46	<input type="checkbox"/>	Consume Tabaco
13	<input type="checkbox"/>	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	47	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Transmisión Sexual
14	<input type="checkbox"/>	Asma	31	<input type="checkbox"/>	Diabetes	48	<input type="checkbox"/>	Recibió Transfusiones
15	<input type="checkbox"/>	Neumonía - Bronconeumonía	32	<input type="checkbox"/>	Chagas	49	<input type="checkbox"/>	Recibió Hemodiálisis
16	<input type="checkbox"/>	Varicela	33	<input type="checkbox"/>	Soplos del Corazón	50	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial
17	<input type="checkbox"/>	Rubéola	34	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	51	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación

Es Alérgico a:

<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/>	Comidas

Calendario de Vacunación Completo

SI 52 NO
Completar al dorso dosis faltantes

Para ser completado por el médico

Valoración Funcional		Valoración Cardíaca		Peso	
Frecuencia Cardíaca Basal		EKG		Altura	
Frecuencia Respiratoria Basal		Ergometria		Talla Sentado	
Tensión Arterial Basal				Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto	

Evaluación Clínica (*)

53	<input type="checkbox"/>	Cabeza y Cuello	57	<input type="checkbox"/>	Boca y Faringe	61	<input type="checkbox"/>	Abdomen
54	<input type="checkbox"/>	Ojos	58	<input type="checkbox"/>	Nariz y Pulmones	62	<input type="checkbox"/>	Columna Vertebral
55	<input type="checkbox"/>	Oídos	59	<input type="checkbox"/>	Corazón	63	<input type="checkbox"/>	Neurológico
56	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación (Especificar)	60	<input type="checkbox"/>	Pulsos Periféricos	64	<input type="checkbox"/>	Comentarios de Importancia?

Certifico que.....de.....años de edad, ha sido examinada clínicamente y se encuentra apta para realizar actividades deportivas competitivas.

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

Asociación

Firma y Sello Presidente

Aclaración y D.N.I.

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción