

EVALUACION MÉDICA PARA LA APTITUD DEPORTIVA

FICHA MÉDICA- ARBITROS/AS FEBAMBA/AFMB

DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN

FECHA: / /

01 DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION

Fecha:/...../20.....

APELLIDO Y NOMBRE													
EDAD	años	SEXO	M	F	FECHA DE NACIMIENTO					Nº de DOCUMENTO			
LUGAR DE NACIMIENTO					CLUB			CATEGORIA					
DOMICILIO: calle							Nº	Bº					
CIUDAD			C.P.		TEL		ULTIMA REVISION						
TIENE OBRA SOCIAL		si	no	CUAL									
EN CASO DE URGENCIAS COMUNICARSE CON													
MAIL							CELULAR						

02 CUESTIONARIO DE SALUD Y EPIDEMIOLOGICO DEL ARBITRO/A:

Antecedentes Personales y familiares patológicos:

¿ Conoces tu Grupo Sanguíneo y factor Rh ? Grupo Sanguíneo | | Factor Rh
 ¿ problemas cardiacos, cáncer, tumores ?.....
 ¿Epilepsia, desmayos o convulsiones?.....
 ¿Diabetes, bocio u otras enfermedades glandulares o metabolicas?.....
 Tuviste Covid-19:..... fecha:..... Estudios Post-covid-19:.....
 Vacunación contra Covid-19:..... Nombre:..... Dosis:.....

Antecedentes lesiones deportivas:

.....

.....

03 DATOS ANTROPOMETRICOS - CRECIMIENTO Y DESARROLLO - BIOMETRIA

PESO:..... TALLA:.....

INDICE MASA CORPORAL(IMC):

OBSERVACIONES:

04 EXAMEN POSTURAL, SEGMENTARIO Y OSTEOMIOARTICULAR

MEMBRO INFERIOR (APOYO, MOVILIDAD, EJES). BIPODAL, UNIPODAL, MARCHA.

PIES:.....

RODILLAS:.....

CADERA Y PELVIS.....

MIEMBRO SUPERIOR (MOVILIDAD, EJES, TONO MUSCULAR)

CINTURA ESCAPULAR

HOMBROS

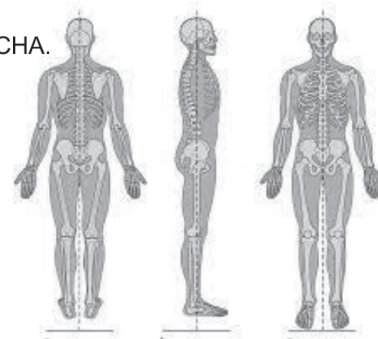
CODO Y MANO

COLUMNA VERTEBRAL

TORAX

CABEZA Y CUELLO

OBSERVACIONES:.....



05 EXAMEN CLINICO DEL APARATO RESPIRATORIO

AUSCULTACION:.....FREC. RESP. :.....R.AGREGADOS:.....

ANTECEDENTES:.....Alergias:.....Asma:.....Broncoespasmos:.....Neumotorax:.....

Rx. De Torax (según criterio Medico):.....

OBSERVACIONES:.....

06 EXAMEN CLINICO DEL APARATO DIGESTIVO, ABDOMEN Y GENITALES

ANTECEDENTES DEL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN:.....

ANTECEDENTES GENITO URINARIOS:.....

OBSERVACIONES:.....

07 EXAMEN CLINICO NEUROLOGICO

EXAMEN NEUROLÓGICO: NORMAL ANORMAL REFLEJOS: PRESENTES AUSENTES

PRUEBA DE EQUILIBRIO: ROMBERG:

REFLEJO PATELAR: REFLEJO ROTULIANO:

OBSERVACIONES:

08 EXAMEN OFTALMOLOGICO

AGUDEZA VISUAL: OJO DER. S/C/..... OJO IQZ. S/C/..... VISION CROMÁTICA:

USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO: SI NO PORQUE ?

CAMPO VISUAL :.....

OBSERVACIONES:



EVALUACION MÉDICA PARA LA APTITUD DEPORTIVA

FICHA MÉDICA- ARBITROS/AS FEBAMBA/AFMB



FECHA: / /

09 SALUD BUCAL

CARIADOS:.....PERDIDOS:.....OBTURADOS:.....BOCA SANA:

UTILIZA PROTECTOR BUCAL:.....

OBSERVACIONES:.....

10 EXAMEN CLINICO CARDIOVASCULAR

AUSCULTACIÓN: R 1 R 2 R. AGREGADOS: SOPLOS:

TENSION ARTERIAL: /..... mhg F.CARDIACA:

OBSERVACIONES:

11 ELECTROCARDIOGRAMA BASAL

RITMO: FRECUENCIA: lmin : ° ARRITMIAS: SI NO

TRAZADO DENTRO DE LIMITES NORMALES: SI NO

OBSERVACIONES:

12 ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO (Mayores de 12 años y repetir c/2 años).

RESULTADOS :

OBSERVACIONES:

13 ANÁLISIS DE LABORATORIO

ANALISIS DE SANGRE Y ORINA COMPLETO (HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCEMIA, UERMIA Y CREATINEMIA, ACIDO URICO, COLESTROL, PERFIL LIPIDICO, TRIGLISERIDOS, CHAGAS.)

OBSERVACIONES:.....

CERTIFICACIÓN MEDICA DEPORTIVA:

APROBACION NO RESTRICTIVA VALIDO POR UN AÑO NO APTO

NOTA: Esta certificación tiene validez a partir de su fecha de emisión, válida solo en original; va sin enmiendas

FECHA DE EMISIÓN:.....VALIDO HASTA EL:.....

FIRMA, SELLO Y MATRÍCULA