

ADULTOS: FICHA MÉDICA

TELÉFONO DE CONTACTO:

APELLIDOS Y NOMBRE

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES
Hipoglucemiantes/orales
Cual:

INSULINA
Tipo:
Unidades diarias:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Medicación

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
¿Cuales? Indicar año:
.....
.....

INTERVENCIONES
.....

OTRAS ENFERMEDADES
¿Cuales?:
Medicación:

MEDICACIÓN DE USO HABITUAL Y CAUSA
.....
.....
¿Debe tener algún cuidado especial con las comidas?
Otras:
.....
.....

DOCUMENTO	SEXO		NACIMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO	F	M	DÍA	MES	AÑO
DIRECCIÓN:.....					

EXAMEN FÍSICA (A LLENAR POR EL MÉDICO)			
PESO	GRUPO SANGUINEO		
TALLA	FACTOR	RH	<input type="text"/>

CABEZA Y CUELLO
APARATO RESPIRATORIO:
.....
.....

APARATO CARDIOCIRCULATORIO	TA	<input type="text"/>
	FC	<input type="text"/>

Obs:
.....

APARATO LOCOMOTOR:	PATOLOGÍA
MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/>
RODILLA	<input type="checkbox"/>
TOBILLO	<input type="checkbox"/>
CUELLO Y COLUMNA	<input type="checkbox"/>
CADERA	<input type="checkbox"/>
OTRAS:	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS:
.....
.....

INDICACIONES:
.....
.....

El paciente se encuentra clinicamente apto para desarrollar actividad física y deportiva acorde a su edad, sexo y contextura física.

DATOS DEL MÉDICO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDOS Y NOMBRE	COLEGIO MÉDICO AL QUE PERTENECE

FIRMA DEL MÉDICO

SELLO Y MATRÍCULA

Observaciones
.....
.....

Lugar y fecha.....