AAAJ CECAP HUDSON

Centro de captación y entrenamiento

FICHA MÉDICA

DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO

Datos personales

Nombre y Apellido: _____ D.N.I.: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

En caso de emergencia avisar a

Contacto 1: Nombre y Apellido: _____ Relación/parentesco: _____

Domicilio: _____

Teléfonos fijo y móvil: _____ Correo electrónico: _____

Contacto 2: Nombre y Apellido: _____ Relación/parentesco: _____

Domicilio: _____

Teléfonos fijo y móvil: _____ Correo electrónico: _____

DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO

Alimentación y ejercicio

¿Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir? Por favor consigne información que considere importante:

_____

¿Practica alguna actividad física? SÍ - NO ¿Cuál? _____

Medicamentos

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SÍ - NO

¿Por qué enfermedad lo toma? _____

Ficha de control médico

Peso _____ Talla _____ IMC _____ TA _____ Grupo sanguíneo _____

¿Padece o padeció algunas de estas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

Patologías / Antecedentes	***¿Sí?***	***¿No?***	***¿Tiene alguna restricción?***
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			
8. Fuma			
9. Alcohol			
10. Limitaciones para el ejercicio físico			
11. Otras			

Certifico que: _____ DNI: _____

Está en condiciones de realizar actividad física, según examen clínico del día de la fecha.-

☐ Deporte ☐ Actividad no competitiva - Recreación ☐ Gimnasio de pesas

Firma del Médico

Sello Fecha: _____