



Datos Particulares

Apellido y Nombre:		DNI Nº:	
F. de Nacimiento: / /	Grupo Sanguíneo:	Factor:	
Domicilio:		Teléf. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Teléf. Celular:	
Obra Social:		Nº de Afiliado:	
En caso de ser necesario avisar a:			
Teléfono:			
Nombre del Padre, Tutor o encargado:			
DNI Nº:		Teléfono:	

HISTORIA CLINICA (*)

Marcar con X aquellas opciones que resulten positivas.

<input type="checkbox"/>	Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la sangre
<input type="checkbox"/>	Traumatismos	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios
<input type="checkbox"/>	Operaciones	<input type="checkbox"/>	Enfermedades digestivas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista
<input type="checkbox"/>	Golpes fuertes	<input type="checkbox"/>	Hepatitis – Enf. De hígado	<input type="checkbox"/>	Enfermedades glandulares
<input type="checkbox"/>	Lesiones articulares	<input type="checkbox"/>	Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas
<input type="checkbox"/>	Fracturas – Esguinces	<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>	Heridas
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los huesos	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de genitales	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la piel
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Musculares	<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades auditivas
<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza – Mareos	<input type="checkbox"/>	Infecciones crónicas
<input type="checkbox"/>	Artritis – Artrosis	<input type="checkbox"/>	Convulsiones – Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Psoriasis
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/>	Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	Consumo de alcohol
<input type="checkbox"/>	Enfermedades Articulares	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	<input type="checkbox"/>	Consumo de tabaco
<input type="checkbox"/>	Sinusitis-Otitis-Anginas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	Enf. Transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Recibió transfusiones
<input type="checkbox"/>	Neumonía-Bronconeumonía	<input type="checkbox"/>	Chagas	<input type="checkbox"/>	Recibió hemodiálisis
<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	Soplos del corazón	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial
<input type="checkbox"/>	Rubeola	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiacas	<input type="checkbox"/>	Toma medicación
ALERGICO A:					
<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar):
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de insectos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Comidas	<input type="checkbox"/>	

Apto Médico para ser completado por el Médico Clínico o cardiólogo luego de evaluar: ANAMNESIS, HISTORIA CLINICA, AUSCULTACION CARDIACA, TENSION ARTERIAL, PULSOS PERIFERICOS, RUTINA DE LABORATORIO, RADIOGRAFIA DE TORAX, RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL, E.C.G., PRUEBA ERGOMETRICA GRADUADA, ECOCARDIOGRAMA.

Frecuencia cardiaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	

Peso	
Altura	

Certifico que _____ DNI Nº _____ ha sido examinado clínicamente y se encuentra **APTO** para competir en el **9º Desafío del Camino Real** en la localidad de Villa del Totoral el día 06/10/2019.

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

CONSENTIMIENTO (mayores de 18 años): Yo _____, DNI Nº _____, acepto realizar las actividades relacionadas al 9º Desafío del Camino Real responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el anverso del presente.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

AUTORIZACIÓN (menores de 18 años): Yo _____, DNI Nº _____, en carácter de padre/madre/tutor; autorizo a _____ DNI Nº _____ a realizar las actividades relacionadas al 9º Desafío del Camino Real responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el anverso del presente.

Firma:

Aclaración:

Fecha: