



Super Liga Futsal

slf@futsalargentina.com.ar

futsalargentina.com.ar



FICHA MEDICA

La confección y presentación de esta ficha no es un mero trámite administrativo. De la veracidad de los datos que nos aporten, depende su seguridad médica.

DATOS PERSONALES

Equipo: _____

Nombre y Apellido: _____

Nº de D.N.I.: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Nº de teléfono: _____

Celular: _____

Email: _____ @ _____

ANTECEDENTES PERSONALES (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDE)

Grupo Sanguíneo: _____

FactorRH: _____

Obra Social: _____

Número: _____

DIABETES (*)

NO SI

Insulino dependiente

Hipoglumiante oral:

CARDIOLÓGICOS (*)

Infarto

NO SI

Soplos

NO SI

HIPERTENSIÓN (*)

NO SI

ASMÁTICO(*)

NO SI

TRAUMATOLÓGICOS

¿Tuvo fracturas?

NO SI

¿Cuáles?

¿Dónde?





Super Liga Futsal

slf@futsalargentina.com.ar

futsalargentina.com.ar



QUIRÚRGICOS (*)	NO	SI
¿Qué?		
¿Cirugías?		
ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES		
Recibió transfusión de sangre?	NO	SI
¿Por qué?		
ALÉRGICOS	NO	SI
¿A qué?		
DISRRITMIA (EPILEPSIA) (*)	NO	SI
OJOS		
Usa lentes de contacto	NO	SI
BOCA		
Prótesis dental	NO	SI
ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS		
Toma algún medicamento	NO	SI
¿Cuál?		
¿Qué dosis?		
¿Desde cuándo?		
¿Con que lo reemplaza?		
HÁBITOS PERSONALES		
Fuma	NO	SI
Alcohol	NO	SI

Dejo constancia que todos los datos que anteceden son ciertos, y asumo la responsabilidad sobre la veracidad de los mismos.

FIRMA

ACLARACIÓN

D.N.I.

Nota: si ha marcado afirmativamente algún ítem que tenga un asterisco (*) debe adjuntar el certificado médico para la práctica deportiva.

