



+54 9 2944 100444



DE LA CORDILLERA AL MAR



WWW.DESAFIORUTA23.COM

### Desafío Ruta 23 De la Cordillera al Mar – Ficha de Aptitud Física

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

#### Datos Personales del Deportista

Apellido:	Nombre:	D.N.I.:
F. de Nacimiento:	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Tel. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Tel. Celular:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Contacto para emergencias:	D.N.I.:	
Domicilio:	Cel. de Contacto:	

#### Para ser completado por el médico

#### Historia Clínica (\*) Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.

1	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enfermedades de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enfermedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza - Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de Conocimiento	45	Consume Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consume Tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15	Neumonía - Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión Arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma Medicación

Es Alérgico a:		Fue COVID positivo	
<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/>	Comidas	.....	
		SI	NO
		VACUNACIÓN:	
		1ER DOSIS	2DA DOSIS

Desea hacer algún comentario respecto de la Aptitud Física del deportista? \_\_\_\_\_



+54 9 2944 100444



@DESAFIORN23



WWW.DESAFIORUTA23.COM



+54 9 2944 100444

**DE LA  
CORDILLERA  
AL MAR**

WWW.DESAFIORUTA23.COM

**Desafío Ruta 23 De la Cordillera al Mar – Ficha de Aptitud Física**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Datos Personales del Deportista					
Apellido:		Nombre:		D.N.I.:	
F. de Nacimiento:		Grupo Sanguíneo:		Factor:	
Domicilio:			Tel. Particular:		
Localidad:		Provincia:		Tel. Celular:	
Obra Social:			Nº Afiliado:		
Contacto para emergencias:				D.N.I.:	
Domicilio:			Cel. de Contacto:		
Para ser completado por el médico					
Valoración Funcional		Síntomas Actuales Durante el Ejercicio		Peso	
Frecuencia Cardíaca Basal		Mareos		Altura	
Frec. Respiratoria Basal		Dolor de Pecho		Talla Sentado*	
Tensión Arterial Basal		Desmayo		Dist. entre el vertex	
53	Cabeza y Cuello	57	Boca y Faringe	61	Abdomen
54	Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral
55	Oídos	59	Corazón	63	Neurológico
56	Toma Medicación	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de Importancia?
(Especificar)					
ANTECEDENTES DEPORTIVOS SIMILARES		1		2	
¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno?				SI	No
¿Cuál?					
ECG	<input type="checkbox"/>	Ergometría	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>
		RMN	<input type="checkbox"/>	ECOCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/>
Estudios de laboratorio		<input type="checkbox"/>			
<b>En caso de presentar alguna patología,anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.</b>					
Firma y Sello del Médico			Localidad y fecha		
Yo, _____				DNI _____	
declaro que mis antecedentes médicos son ciertos.					
Firma y Aclaración y DNI					



+54 9 2944 100444



@DESAFIORN23



WWW.DESAFIORUTA23.COM