

## FICHA DE APTITUD FÍSICA PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS

Se detallan a continuación los datos a ser completados por el/la profesional médico/a.

<b>Apellido y Nombre:</b>	
<b>Documento Nacional de Identidad (DNI):</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Obra Social:</b>	
<b>Número de Afiliado/da:</b>	

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

<b>A) Otros Diagnósticos:</b>
<b>B) Fecha de inicio de discapacidad:</b>
<b>C) Alteraciones funcionales:</b>

### ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

(El/la profesional seleccionará con una cruz la opción que corresponda):

<b>Aparato Cardiovascular</b>	
<b>A) Hipertensión Arterial (HTA):</b>	
<b>B) Enfermedad Coronaria:</b>	
<b>C) Arritmias:</b>	
<b>D) Otras (aclarar cuáles):</b>	
<b>E) Consideraciones o limitaciones:</b>	



<b>Aparato Respiratorio</b>	
<b>A) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):</b>	
<b>B) Asma:</b>	
<b>C) Fibrosis Pulmonar:</b>	
<b>D) Traqueotomía:</b>	
<b>E) Declare cualquier otra información que considere de relevancia informar para la realización de las actividades:</b>	

<b>Aparato Osteoarticular</b>	
<b>A) Artrosis:</b>	
<b>B) Artritis Reumatoidea u otras:</b>	
<b>C) Osteoporosis:</b>	
<b>D) Discopatías:</b>	
<b>E) Otros (aclarar cuáles):</b>	
<b>F) Breve descripción de historia de la enfermedad (cuando corresponda):</b>	

<b>Aparato Digestivo</b>	
<b>A) Colostomía:</b>	
<b>B) Breve descripción de enfermedad (cuando corresponda):</b>	

<b>Aparato Génito Urinario</b>	
<b>A) Insuficiencia Renal:</b>	
<b>B) Diálisis:</b>	
<b>C) Sonda Vesical:</b>	
<b>D) Otros (aclarar cuáles):</b>	
<b>E) Breve descripción de historia de la enfermedad:</b>	

<b>Antecedentes Endócrino - Metabólicos</b>	
<b>A) DBT:</b>	
<b>B) Usa Insulina:</b>	
<b>C) Sobrepeso / obesidad:</b>	
<b>D) Otros (aclarar cuáles):</b>	

<b>Antecedentes Neurológicos</b>	
<b>A) Epilepsia:</b>	
<b>B) Enfermedades Degenerativas:</b>	
<b>C) Enfermedades Musculares:</b>	
<b>D) Parkinson:</b>	
<b>E) Accidente Cerebro Vascular (ACV):</b>	
<b>F) Otros (aclarar cuáles):</b>	
<b>G) Breve descripción de historia de la enfermedad:</b>	

<b>Cirugías</b>	
<b>A) Si:</b>	
<b>B) No:</b>	
<b>C) Especificar:</b>	

<b>Medicación</b>	
<b>A) Si:</b>	
<b>B) No:</b>	
<b>C) Especificar:</b>	

<b>Alergias</b>	
<b>A) Si:</b>	
<b>B) No:</b>	
<b>C) Especificar:</b>	

<b>Antecedentes de Salud Mental</b>	
<b>A) Estado Actual:</b>	
<b>B) Adherencia al tratamiento:</b>	
<b>C) Tipo de Medicación:</b>	

<b>¿Se contraindica alguna actividad deportiva?</b>	
<b>A) Si:</b>	
<b>B) No:</b>	
<b>C) Especificar:</b>	
<b>Declare cualquier otra información que considere de relevancia informar para la realización de las actividades:</b>	

<b>El presente Apto Médico tiene una vigencia de (se seleccionará con una cruz la opción que corresponda):</b>	
<b>A) 3 meses:</b>	
<b>B) 6 meses:</b>	
<b>C) 12 meses:</b>	

El/La Señor/Señora.....

DNI..... número se encuentra apto para la práctica de actividades deportivas y recreativas.

..... / ..... / .....  
Buenos Aires

.....  
Firma y sello del Médico tratante