

**FICHA DE APTITUD FISICA PARA ACTIVIDADES DEPORTIVAS**

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

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

a. Otros Diagnósticos:
b. Fecha de inicio de discapacidad:
c. Alteraciones funcionales:

**ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES**

(seleccionar con una cruz la opción que corresponda):

Aparato Cardiovascular

- a. Hipertensión Arterial (HTA)
- b. Enfermedad Coronaria
- c. Arritmias
- d. Otras (aclarar cuáles):
- e. Consideraciones o limitaciones:

Aparato respiratorio

- a. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- b. Asma
- c. Fibrosis Pulmonar
- d. Traqueotomía
- e. **Declare cualquier otra información que considere de relevancia informar para la realización de las actividades**

Aparato Osteoarticular

- a. Artrosis
- b. Artritis Reumatoidea u Otras
- c. Osteoporosis
- d. Discopatías
- e. Otros (aclarar cuáles):
- f. Breve descripción de historia de la enfermedad (cuando corresponda):

Aparato Digestivo

- a. Colostomía
- b. Breve descripción de enfermedad (cuando corresponda):

Aparato Génito Urinario

- a. Insuficiencia Renal
- b. Diálisis
- c. Sonda Vesical
- d. Otros (aclarar cuáles):
- e. Breve descripción de historia de la enfermedad:

Antecedentes Endócrino-Metabólicos

- a. DBT
- b. Usa Insulina
- c. Sobrepeso/obesidad
- d. Otros (aclarar cuáles):

Antecedentes Neurológicos

- a. Epilepsia
- b. Enfermedades Degenerativas
- c. Enfermedades Musculares
- d. Parkinson
- e. Accidente Cerebro Vascular (ACV)
- f. Otros (aclarar cuáles):
- g. Breve descripción de historia de la enfermedad:

Cirugías

- a. Si
- b. No
- c. Especificar:

Medicación

- a. Si
- b. No
- c. Especificar:

Alergias

- a. Si
- b. No
- c. Especificar:

Antecedentes de Salud Mental

- a. Estado Actual:
- b. Adherencia al tratamiento:
- c. Tipo de Medicación:

¿Se contraindica alguna actividad deportiva?

- a. Si
- b. No
- c. Especificar

- Declare cualquier otra información que considere de relevancia informar para la realización de las actividades:

\_\_\_\_\_

El presente Apto Médico tiene una vigencia de (seleccionar con una cruz la opción que corresponda):

- a. 3 meses
- b. 6 meses
- c. 12 meses

El/La Señor/Señora \_\_\_\_\_ DNI número \_\_\_\_\_ se encuentra apto para la práctica de actividades deportivas y recreativas,

Buenos Aires. Fecha:

Firma y Sello: