

# Historia Clínica Médica Deportiva FASA\_Clubes

**ATENCIÓN: SÓLO ENTREGUE APTO (Hoja Aparte). Este documento es CONFIDENCIAL**

<b>Datos Personales:</b>				Club	
Apellido:	Nombre:	Deporte:	Categoría		
DNI:	Fecha Nac.:	Edad:	Sexo:	Nacionalidad:	
Domicilio:	Nº:	Piso:	Dpto/Cabaña:		
Localidad:	Provincia:	País:			
# Celular:	# Fijo:	email:			

**La Siguiete Información es Clave para detectar problemas ocultos y reducir riesgos**

**1. Antecedentes Familiares:** (Se refiere a Hermanos/as; Padre/Madre; Abuelos/as) (Marque Sólo si es +)

<input type="checkbox"/> Diabetes Y/o Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Muerte Súbita <50 años	<input type="checkbox"/> Otros: (Especifique)
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Enfermedad De Marfan	
<input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal/Diálisis	
<input type="checkbox"/> Síncope o Desmayos	<input type="checkbox"/> Cáncer Colon, Mama, Otro	

**2. Antecedentes Personales de Salud, Alimentación y Ejercicio** (Si Tiene o Tuvo, Marque Sólo si es +)  
(Puede Ampliar datos en Hoja Siguiete)

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Problemas cardíacos estudiados (con o sin completar)</li> <li><input type="checkbox"/> Presión Arterial Elevada</li> <li><input type="checkbox"/> Alteración o Soplo en examen del corazón</li> <li><input type="checkbox"/> Hicieron ECG por problema cardíaco o anormal</li> <li><input type="checkbox"/> Asma bronquial/Broncoespasmo</li> <li><input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia o Enfermedad Neurológica</li> <li><input type="checkbox"/> Traumatismo Cráneo que afectó conciencia conmoción)</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida de Conocimiento no Traumático</li> <li><input type="checkbox"/> Moretones espontáneos o sangrado no habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes y/o Colesterol Alterado</li> <li><input type="checkbox"/> Problema hormonal que requirió/eron estudios y/o Tratamiento</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas auditivos</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas Visuales</li> <li><input type="checkbox"/> Lesiones Importantes de Músculo/Hueso/Articulación</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugías de Músculo/Hueso/Articulación (Aclarar abajo)</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugías de Otras regiones (Aclarar abajo)</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Discapacidad? (Deportes Adaptados) (Aclarar abajo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Internaciones por enfermedad de más de 1 día</li> <li><input type="checkbox"/> Toma Alguna Medicación habitualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Alergias graves</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas en la piel</li> <li><input type="checkbox"/> Tratamiento psicológico/psiquiátrico</li> <li><input type="checkbox"/> Falta o falla importante de algún órgano par Embarazo/s Anormales</li> <li>Usa algún dispositivo (Anteojos, lentes de Contacto, audifono, marcapasos, prótesis, etc.)</li> <li>Menstruación Anormal</li> <li>OTRO Problema Salud que deba Agregar (Aclarar abajo)</li> </ul> <p><b><u>Alimentación</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Obesidad o Bajo Peso que requirieron Nutricionista</li> <li><input type="checkbox"/> Cambios recientes <u>significativos</u> en el peso</li> <li><input type="checkbox"/> Tipo de Alimentación:</li> <li><input type="checkbox"/> ¿Consume vitaminas o suplementos nutricionales?</li> </ul> <p><b><u>Ejercicio:</u></b></p> <p>¿Entrena Fuerza Gimnasio? <input type="checkbox"/> Supervisado? <input type="checkbox"/></p> <p>Respondió NO: Por qué?:</p> <p>Cuántas Horas por semana <input type="checkbox"/></p> <p>Otro tipo de Entrenamiento <input type="checkbox"/></p> <p><b><u>Descanso:</u></b></p> <p>¿Duerme Bien? <input type="checkbox"/> Cuántas Horas x Día <input type="checkbox"/></p> <p><b><u>COVID-19:</u></b></p> <p>¿Tuvo COVID-19? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Fecha?:</p> <p>¿Tuvo Alguna Secuela x COVID-19? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Le dieron APTO DEPORTIVO LUEGO COVID? <input type="checkbox"/></p>
--	---

**ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES**

**En relación con el ejercicio (Durante o Después) ha padecido alguna vez:**

- Desmayos
- Mareos
- Dolor o sensación de apretón en el pecho
- Palpitaciones
- Tos al terminar entrenamiento o ejercicio

**ATENCIÓN: Amplíe Abajo cualquier dato marcado en campos de Hoja**

Si hay algún dato de importancia de los Antecedentes Anteriores amplíe aquí

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Vacunación: (Presentar carnet Vacunación) ¿Completa?  ¿Vacuna COVID-19?  ¿Dosis? Fecha:

Si faltan vacunas especificar cuáles:

Aclaración Médico y Matrícula  
(Inserte Imagen de Firma Digitalizada) + Aclaración y Matricula

Fecha

Aclaración de Deportista  
(Sólo Si Menor 14 años Aclara Adulto Responsable)

**¿Cómo Guardar documento?: Ir a "Archivo": "Guardar como": Apellido\_Nº DNI**

# Hoja para Examen Médico Detallado

**ATENCIÓN: SÓLO ENTREGUE APTO (Hoja Aparte). Este documento es CONFIDENCIAL**

Apellido:	Nombre:	DNI:	Fecha Nac.:
Edad:	Sexo:	Deportes que Realiza:	Categoría:
<p><b>Hay campos desplegados con variantes, vea todas. Si no está la elegida puede escribir en "Otros:"</b>  <b>Evalúe cada sistema. Si Normal sólo marque el campo debajo de cada título como "Normal"</b>  <b>"N" = Normal "A" = Anormal</b></p> <p>Si datos Anormales o Relevantes detallar en hoja siguiente (Los Campos con bordes rojos son de llenado obligatorio)</p>			
<b>Peso (Kg):</b>	<b>Talla (mts):</b>	<b>IMC:</b>	<b>Postura General:</b>
<b>Bucodental:</b>	Caries: <input type="checkbox"/>	Ortodoncia: <input type="checkbox"/>	Oclusión Dental: <input type="checkbox"/> Necesidad Tratamiento: <input type="checkbox"/>
<b>Visual:</b>	(Cartilla Snellen) Ag. Visual Der: <input type="checkbox"/>	Ag. Visual Izq: <input type="checkbox"/>	Cromática: <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/>
<b>Auditivo:</b>	Agudeza Oído Der:	Agudeza Oído Izq: <input type="checkbox"/>	Necesidad de IC ORL: <input type="checkbox"/>
<b>CardioVascular:</b>	<b>Inspección:</b>	¿Anormal?: Detallar Breve	
	<b>Auscultación:</b>	<input type="checkbox"/> ¿Anormal?:	Detallar Breve
	<b>FC/min:</b>	<b>Sat O2:</b>	<b>% Ritmo:</b> Detallar Breve
	<b>TA:</b>	<b>B Der:</b> ...../.....	<b>B Izq:</b> ...../.....
	<b>Pulsos Femorales:</b>	<b>Pulsos Humerales:</b>	
<b>Respiratorio:</b>	<b>FR:</b>	<b>Auscultación:</b>	¿Anormal? Detallar Breve
	<b>Movimiento Tórax:</b>		
<b>Abd-Genital:</b>	<b>Inspección:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Palpación:</b> <input type="checkbox"/>	¿Anormal? Detallar Breve
	<b>Tanner</b>		
<b>Musculo Esquelético:</b>	<b>Cabeza:</b>	¿Anormal?	
	<b>Cuello:</b>	Detallar Breve	
	<b>M. Sup:Hombro</b>	AROM D: <input type="checkbox"/> Iz: <input type="checkbox"/>	( Ab:170-180°/Ad: 50-75°/Flex:160-180°/Ext:50-60°/Rot Ex:90°)
	Fuerza Muscular (Usar Escala Oxford):	Der: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:
		Izq: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:
	Flexibilidad: <input type="checkbox"/>	¿Anormal? Describa Cuál Grupo:	
	<b>Codo</b>	AROM D: <input type="checkbox"/> Iz: <input type="checkbox"/>	(Flex:140-150°/Ext:0-10°/Pron:90°/Sup:90°)
	Fuerza Muscular (Usar Escala Oxford):	Der: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:
		Izq: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:
	Flexibilidad: <input type="checkbox"/>	¿Anormal? Describa Cuál Grupo:	
<b>M. Inf: Cadera</b>	AROM D: <input type="checkbox"/> Iz: <input type="checkbox"/>	(Flex:110-120°/Ext:10-15°/Ad:30°/Abd:30-50°/Rl:30-40°/RE:40-60°)	
Fuerza Muscular (Usar Escala Oxford):	Der: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:	
	Izq: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:	
Flexibilidad: <input type="checkbox"/>	¿Anormal? Describa Cuál Grupo:		
<b>Rodilla</b>	AROM D: <input type="checkbox"/> Iz: <input type="checkbox"/>	(Flex:0-135°/Ext:0-15°/Rot Int:20-30°/Rot Ext:30-40°)	
Fuerza Muscular (Usar Escala Oxford):	Der: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:	
	Izq: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:	
Flexibilidad: <input type="checkbox"/>	¿Anormal? Describa cuál Grupo:		
<b>Tobillo</b>	AROM D: <input type="checkbox"/> Iz: <input type="checkbox"/>	(DorsiFlex:20°/FlexPlant:50°/Inv:45-60°/Evers:15-30°)	
Fuerza Muscular (Usar Escala Oxford):	Der: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:	
	Izq: <input type="checkbox"/>	¿Si Anormal Cuál Movimiento?:	
Talo Valgo?: <input type="checkbox"/>			
<b>Pies:</b> D: <input type="checkbox"/> I: <input type="checkbox"/>	¿Anormal,?:	<b>Columna:</b> Cervical	
<b>Manos:</b> D: <input type="checkbox"/> I: <input type="checkbox"/>	Describir Breve	Dorsal	
		Lumbar	
<b>Neurológico:</b>	<b>SNC:</b>	¿Anormal? Describir Breve	<b>Nervios Periféricos</b>

Más Detalles de Datos Relevantes del Examen Físico amplíe aquí

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Marque Estudios Complementarios Solicitados

1er Examen o Anual en Atletas SIN Antecedentes o Examen Patológico SÓLO requieren 1. y 2.

- 1. ECG
- 2. Laboratorio Básico  Si se solicitaron Análisis No habituales detallar:
- 3. ECG Esfuerzo  Protocolo:
- 4. Ecocardiograma:
- 5. Radiología: Columna Cervical:  Columna DL:  Columna LS:  Tórax:  Cráneo:   
 Extremidades: Hombro:  Codo:  Muñeca:  Mano:   
 Pelvis:  Cadera:  Rodilla:  Tobillo:  Pie:
- 6. TAC:  Describir de que sector:
- 7. RNM  Describir de que sector:
- 8. Espirometría:
- 9. EEG:
- 10. Otros:  Enumerar:

Describa Resultados de Estudios Complementarios Solicitados

1er Examen o Anual en Atletas SIN Antecedentes o Examen Patológico SÓLO requieren 1. y 2.

- 1. ECG  Anormal Qué:
- 2. Laboratorio Básico  Si Anormal detallar:
- 3. ECG Esfuerzo  Protocolo: Si Anormal Qué:
- 4. Ecocardiograma:  Si Anormal Que:
- 5. Radiología: Columna Cervical:  Columna DL:  Columna LS:  Tórax:  Cráneo:   
 Extremidades: Hombro:  Codo:  Muñeca:  Mano:   
 Pelvis:  Cadera:  Rodilla:  Tobillo:  Pie:
- 6. TAC:  Si Anormal Que:
- 7. RNM  Si Anormal Que:
- 8. Espirometría:  Si Anormal Que:
- 9. EEG:
- 10. Otros:  Si Anormal Que:

"Guardar como": Apellido\_NºDN

--	--	--	--

Firma y Aclaración del Médico  
(Inserte Imagen de Firma Digitalizada) + Aclaración y Matricula

Fecha

Aclaración de Deportista  
(Sólo Si Menor 14 años Aclara Adulto Responsable)