

FICHA DE RECONOCIMIENTO MEDICO-DEPORTIVO

FILIACION

APELLIDOS:		D.N.I.:	
NOMBRE:		FECHA NACIMIENTO:	
DOMICILIO: calle, piso		LUGAR NACIMIENTO	
CODIGO POSTAL:		ESTADO CIVIL:	
LOCALIDAD:		PROFESION:	
TELEFONO:		FECHA RECONOC.:	

ANAMNESIS

ANTCD. FAMILIARES:	
--------------------	--

ANTCD. PERSONALES: FRACTURAS:	
----------------------------------	--

OPERACIONES:	
--------------	--

LESIONES:	
-----------	--

GRUPO SANGUINEO:		ALERGIAS:	
------------------	--	-----------	--

Vacunación (tipo-fecha)		AÑOS en CICLISMO:	
-------------------------	--	-------------------	--

KILOMETRAJE ANUAL:	
--------------------	--

ACCIDENTES QUE PRECISARON HOSPITALIZACION:	
--	--

DATOS ANTROPOMETRICOS

PESO:		PER. TORAC. INSP.:	
TALLA PIE:		PER. TORAC. ESP.:	
TALLA PUBIS-SUELO:		DIST. FEMUR-SUELO:	
TALLA SENTADO (banco 40 cm.):		DIST. TIBIA-SUELO:	

ENVERGADURA:	
--------------	--

APARATO CARDIO-RESPIRATORIO

AUSCULTACION:

CARDIACA:	
-----------	--

PULMONAR:	
-----------	--

T.A. SISTOLICA:		F.C. REPOSO:	
-----------------	--	--------------	--

T.A. DIASTOLICA:	
------------------	--

E.C.G. BASAL:	
---------------	--

ESPIROMETRIA BASAL: (OPCIONAL)	
-----------------------------------	--

PRUEBA DE ESFUERZO:

AEROBICA (opcional):	
----------------------	--

ANAEROBICA (opcional)	
-----------------------	--

EXPLORACION APARATO LOCOMOTOR

COLUMNA VERTEBRAL:	
DISMETRIAS:	

ALINEACION EJES:	
------------------	--

GENOS. ROTACIONES.	
--------------------	--

PIES:	
-------	--

OTROS APARATOS

VISION:	
---------	--

O.R.L.:	
---------	--

BOCA:	
-------	--

OTROS:	
--------	--

MEDICO

APELLIDOS:	
------------	--

NOMBRE:	
---------	--

NUMERO COLEGIADO:	
-------------------	--

LUGAR:	
--------	--

INDICAR SI ES APTO PARA LA PRACTICA DEPORTIVA :	
---	--