



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD Y APTO MÉDICO - TEMPORADA 2022

Apellido/s y Nombre/s:		D.N.I. N°:
Fecha de nacimiento: / /	Lugar de nacimiento:	
Domicilio:	Localidad:	CP:
N° Celular particular:	N° Teléfono particular:	
Nombre de contacto en caso de urgencias:		N° de urgencias:

HISTORIA CLÍNICA

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? <i>(Tache lo que no corresponda)</i>	¿Ha padecido recientemente? <i>(Tache lo que no corresponda)</i>
1. Anemia: SI NO	10. Hepatitis (60 días): SI NO
2. Alergias SI NO ¿A qué? _____	11. Sarampión (30 días): SI NO
3. Asma: SI NO	12. Parotiditis (30 días): SI NO
4. Diabetes: SI NO	13. Mononucleosis infecciosa (30 días): SI NO
5. Epilepsia: SI NO	14. Esguinces, fracturas, etc. (90 días): SI NO
6. Hernias: SI NO	15. Infecciones recientes: SI NO
7. Hipertensión: SI NO	a.
8. Cardiopatías congénitas: SI NO	b.
9. Cardiopatías infecciosas: SI NO	c.

16. ¿Toma medicamentos de forma permanente? SI NO
a. Nombre y motivo: _____
b. Nombre y motivo: _____
17. ¿Tiene sus vacunas actualizadas? SI NO
18. Observaciones personales relevantes: _____

La presente ficha tiene carácter de DDJJ y debe ser entregada obligatoriamente cuando el deportista se presente a competir por primera vez en el año en curso, junto con el pago correspondiente al seguro médico obligatorio anual. Aquellos tiradores que no presenten esta ficha completa, firmada y sellada por un médico no podrán participar del torneo, **SIN EXCEPCIÓN**. La actualización de estos datos en el transcurso del año será responsabilidad del deportista o su/s responsable/s legal/es, debiendo informar a esta Federación cualquier situación particular de manera fehaciente, completando una nueva ficha de ser necesario.

19. ¿Está apto para la práctica de ESGRIMA COMPETITIVA? **SI NO**

Firma y sello del médico avalando la aptitud médica requerida.	Firma, aclaración y DNI del tirador o responsable legal del mismo.
---	---