2025

Nombre y Apellido: ……...

Fecha Nacimiento: ……/……/……. *D.N.I.:* ……...

Obra Social: ……..…...

Sangre: Grupo: ……...…….. *Factor:* ……...

*T*iene algún tipo de alergia: SI—NO

.....

- ✓ Durante los últimos 6 meses, presento alguna enfermedad o cirugía que requirió algún tratamiento o internación?

SI—NO Cuáles?

.....

- ✓ Toma algún medicamento? SI—NO En caso afirmativo, cual y para qué?

.....

- ✓ Vacunación: Tiene los esquemas completos de vacunación: SI—NO

<u>Para ser llenado por el Médico</u>

Examen Físico: .....…

Estado General: .....

Evaluación Cardiológica: … … … … .....

I n f o r m e E r g o m e t r i a : .....

De la evaluación realizada se deja constancia que la: Sra…….

Se encuentra Apto/ No Apto para realizar deporte competitivo.

……..

Lugar y fecha *Firma y sello del Médico*