

FICHA DE SALUD

ÁREA DEPORTES

ÁREA LÚDICA

PARTICIPANTE ACTIVO

JUBILADO

DEPARTAMENTAL:		
APELLIDO Y NOMBRES		
D.N.I. Nº	FECHA DE NAC.	/ /
DEPENDENCIA:		
DOMICILIO .	C.P	
LOCALIDAD		

Breve historia clínica

Presión arterial habitual:..... Grupo Sanguíneo:

Marcar según corresponda:

HTA	<input type="checkbox"/>	DBT	<input type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>
QUIRÚRGICOS									
OTROS:									

De los remarcados, definir

Patología:

Evolución:

Tratamiento:

Patología:

Evolución:

Tratamiento:

Medicación habitual:.....

Informe Adicional:.....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FECHA

FIRMA DE PARTICIPANTE

LEGAJO Nº