



Club Atlético Excursionistas 2023 DEPARTAMENTO MÉDICO

EVALUACIÓN MÉDICA

APELLIDOS: NOMBRE: DNI:
FECHA NACIMIENTO: N° SOCIO: TELÉFONO:
TEL EMERGENCIAS 1: TEL EMERGENCIAS 2: GRUPO SANGUÍNEO:
COBERTURA MÉDICA: N° ASOCIADO:

HISTORIA CLÍNICA

- ¿Enfermedades infecciosas que ha tenido hasta el momento? (marcar)
Hepatitis - Paperas - Sarampión - Mononucleosis infecciosa
- ¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI NO ¿Cuáles?
- ¿Ha sufrido algún accidente? SI NO
- ¿Es alérgico? SI NO ¿A qué?
- ¿Es asmático? SI NO
- ¿Ha tenido convulsiones y/o desmayos? SI NO
- ¿Está recibiendo algún tratamiento? SI NO
- Indique medicación y dosis:
- Fecha última dosis antitetánica:
- ¿Tiene algún tipo de restricción alimentaria? SI NO ¿Cuál?
- Añada cualquier otro dato que considere importante;
- En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems de la ficha deberá presentarse conjuntamente el certificado médico que constate la afección mencionada; indicando si en virtud de la misma el colono está en condición de realizar actividad física.
RECUERDEN QUE DEBEN PRESENTAR EL APTO MÉDICO.

Firma del padre, madre o tutor:

Aclaración:

Fecha.