



FICHA MÉDICA – MÁSTER CAB

DATOS PERSONALES DEL JUGADOR/A

Club _____	Categoría _____
Nombres y Apellidos _____	
Tipo y N° Doc. _____	Fecha Nacimiento ____ / ____ / ____
Lugar de Nacimiento _____	
Domicilio (Calle/N°) _____	
Localidad _____	Provincia _____
Código Postal _____	
Teléfono _____	Firma Jugador _____

ENFERMEDADES PREEXISTENTES - ANTECEDENTES PATOLOGICOS

	Si	No		Si	No
Enfermedades Congénitas			Convulsiones		
Traumatismos - Operaciones			Epilepsia		
Golpes Fuertes			Pérdida de Conocimiento		
Luxaciones			Deshidratación		
Fracturas - Esguinces			Enfermedades Psiquiátricas		
Enfermedades Articulares			Diabetes		
Enfermedades Oseas			Chagas		
Enfermedades Musculares			Soplo del Corazón		
Fiebre Reumática			Enfermedades Cardíacas		
Artritis – Artrosis			Enfermedades de la Sangre		
Enfermedades Respiratorias			Enfermedades de los Ganglios		
Enfermedades Alérgicas			Enfermedades de la Vista		
Sinusitis – Otitis – Anginas			Enfermedades Glandulares		
Asma			Intervenciones Quirúrgicas		
Neumonía – Bronconeumonía			Heridas		
Varicela			Enfermedades de la Piel		
Rubeola			Enfermedades Auditivas		
Paperas			Infecciones Crónicas		
Sarampión			Psoriasis		
Enfermedades Digestivas			¿Consume Alcohol?		
Hepatitis – Enfermedades del Hígado			¿Consume Tabaco?		
Enfermedades Renales			Enfermedades de Trans. Sexual		
Infecciones Urinarias			¿Recibió Transfusiones?		
Enfermedades Genitales			¿Recibió Hemodiálisis?		
Enfermedades Neurológicas			Hipertensión Arterial		
Dolores de Cabeza - Mareos			¿Toma Medicación?		



FICHA MÉDICA – MÁSTER CAB

ESTUDIOS Y DATOS COMPLEMENTARIOS

Grupo y Factor Sanguíneo _____ Altura _____ Peso _____

¿Es alérgico a algún medicamento? SI NO

Detallar _____

¿Recibe algún medicamento regularmente? SI NO

Detallar _____

ESTUDIOS REALIZADOS	OBSERVACIONES MÉDICAS
Electrocardiograma de esfuerzo Obligatorio	
Laboratorio Obligatorio	
Estudios complementarios SI NO Describir si se realizaron	

**CERTIFICO QUE EL JUGADOR/A _____,
CONFORME AL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS ARRIBA INDICADOS, HA SIDO
EXAMINADO CLÍNICAMENTE Y SE ENCUENTRA APTO PARA LA PRÁCTICA DEL
BÁSQUETBOL.**

EN LA CIUDAD DE _____

EL DIA ____/____/____

FIRMA MÉDICA

N° DE MATRÍCULA / SELLO