



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
<i>Enfermedades Congénitas</i>			<i>Convulsiones</i>		
<i>Traumatismos - Operaciones</i>			<i>Epilepsia</i>		
<i>Golpes Fuertes</i>			<i>Pérdida de Conocimiento</i>		
<i>Luxaciones</i>			<i>Deshidratación</i>		
<i>Fracturas - Esguinces</i>			<i>Enfermedades Psiquiátricas</i>		
<i>Enfermedades Articulares</i>			<i>Diabetes</i>		
<i>Enfermedades Oseas</i>			<i>Chagas</i>		
<i>Enfermedades Musculares</i>			<i>Soplo del Corazón</i>		
<i>Fiebre Reumática</i>			<i>Enfermedades Cardíacas</i>		
<i>Artritis – Artrosis</i>			<i>Enfermedades de la Sangre</i>		
<i>Enfermedades Respiratorias</i>			<i>Enfermedades de los Ganglios</i>		
<i>Enfermedades Alérgicas</i>			<i>Enfermedades de la Vista</i>		
<i>Sinusitis – Otitis – Anginas</i>			<i>Enfermedades Glandulares</i>		
<i>Asma</i>			<i>Intervenciones Quirúrgicas</i>		
<i>Neumonía – Bronconeumonía</i>			<i>Heridas</i>		
<i>Varicela</i>			<i>Enfermedades de la Piel</i>		
<i>Rubeola</i>			<i>Enfermedades Auditivas</i>		
<i>Paperas</i>			<i>Infecciones Crónicas</i>		
<i>Sarampión</i>			<i>Psoriasis</i>		
<i>Enfermedades Digestivas</i>			<i>¿Consume Alcohol?</i>		
<i>Hepatitis – Enfermedades del Hígado</i>			<i>¿Consume Tabaco?</i>		
<i>Enfermedades Renales</i>			<i>Enfermedades de Trans. Sexual</i>		
<i>Infecciones Urinarias</i>			<i>¿Recibió Transfusiones?</i>		
<i>Enfermedades Genitales</i>			<i>¿Recibió Hemodiálisis?</i>		
<i>Enfermedades Neurológicas</i>			<i>Hipertensión Arterial</i>		
<i>Dolores de Cabeza - Mareos</i>			<i>¿Toma Medicación?</i>		



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