

FICHA HISTORIAL DE VERIFICACION IDONEIDAD COMPETITIVA A LOS DEPORTES

APELLIDO:.....NOMBRES:.....
 EDAD..... SEXO: M F DOC. IDENTIDAD N°:.....
 NACIDO A PROV. () EL:.....
 RESIDENTE A: PROV. () CALLE:..... TE. FIJO.....
 Sociedad o grupo deportvo.....
 Deporte para el cual es solicitada la visita de idoneidad competitiva:
 Ha ya hecho visita de idoneidad competitiva? SI NO
 en esta estructura..... en que ano?.....
 Te è jamas estada negada la idoneidad? SI NO Poecause?.....
 Has jamas hecho verificaciones ulteriores? SI NO Cuales y cuando?.....

HISTORIAL ESPORTIVO DEL ATLETA

Actividad deportiva actual de anos
 Deporte practicado en pasado..... por anos.....
 Nunero de entrenamiento a la semana horas/semanas.....
 Compromiso fijo:

		Ha jamas acusado:	
		a reposo	durante actividad deportiva
Notabilisimo	()	Falta del respiro ()	()
Notable	()	Palpitaciones ()	()
Medio	()	Dolor al torax ()	()
Ligero	()	Desmayo ()	()
		Grande cansancio ()	()

HISTORIAL FAMILIAR

(enfermedades presentes en familia de primer grado: padres, hermanos, fijos, abuelos)

- Enfermedades del corazon () quien?.....
cuales?.....
- Hai caso de muerte imorovisa en joven edad (-50) en familia? ()
quien?
- Presiòn alta () quien?.....
- Ictus () quien?.....
- Diabete () quien?.....
- Colesterol alto () quien?.....
- Enfermedad a los rinones () quien?.....
- Asma () quien?.....
- Alergias () quien?.....
- Enfermedades al higado () quien?.....
- Otro () quien?.....
- Enfermedades de caracter generico-hereditario? Especificar quien y cual enfermedad.....

HISTORIAL PATOLOGICO DEL ATLETA
(enfermedades presentes y pasadas que ha tenido)

Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/> cardiopatia isquemica	<input type="checkbox"/> enfermedad valvular	<input type="checkbox"/> hipertensiòn arterial
	<input type="checkbox"/> artimia	<input type="checkbox"/> otros?	
Enfermedad pulmonary	<input type="checkbox"/> cuales?		
Enfermedades a los rinones	<input type="checkbox"/> cuales?		
Intervenciòn quirurgica	<input type="checkbox"/> cuales?		
	<input type="checkbox"/> cuando?		
Accidentes graves	<input type="checkbox"/> cuales?		
	<input type="checkbox"/> cuando?		
Trauma cranial	<input type="checkbox"/> cuales?		
	<input type="checkbox"/> cuando?		
Ingreso en hospital	<input type="checkbox"/> porque?		
	<input type="checkbox"/> cuando?		
<input type="checkbox"/> varicela	<input type="checkbox"/> sarampiòn	<input type="checkbox"/> mononucleosi	<input type="checkbox"/> rubeola <input type="checkbox"/> escarlatina
<input type="checkbox"/> otitis/sinusitis/amigdalitis	<input type="checkbox"/> parotiditis (paperas)	<input type="checkbox"/> tos ferina	
<input type="checkbox"/> pulmonite	<input type="checkbox"/> diabetes melito	<input type="checkbox"/> lisdipidemia	
Alergias	<input type="checkbox"/> cuales?		
Otro	<input type="checkbox"/> cosa?		
Usa medicamentos habitualmente?	<input type="checkbox"/> cuales?	<input type="checkbox"/> dosi?	
	<input type="checkbox"/> cuales?	<input type="checkbox"/> dosi?	
Fuma?	<input type="checkbox"/> cuantos sigarillos al dia?	<input type="checkbox"/> de cuantos anos?	
Beve alcohòlicos?	<input type="checkbox"/> de cuanto tiempo?	<input type="checkbox"/> cuantos vasos al dia?	
Beve cafe?	<input type="checkbox"/> cuantas tazas al dia?		
Embarazos	<input type="checkbox"/> cuantos	<input type="checkbox"/> menarquia (edad)	<input type="checkbox"/> fecha ultima mestruo

El suscrito declara de haber corectamente informado el medico de las propias condiciones psico-fisica, que cuanto arriva corresponde a la verdad y de no haber omitido nada aproximadamente a enfermedades o incapacidades vencidas o en acto; declaro tambien de no haber jamas recibido en otra sedejuicio de no idoneidad a la practica deportiva competitiva.

Me empeno a no hacer uso de sustancias reconocidas ilegal y declaro de ser estado informado de los peligros derivados del humo de tabaco y el abuso de alcohol.

Me empeno a seguir, respetando en modo completo la prescripciòn del medico y la terapia anti-ipertensiva exigida (si prescrita). Soy conciente de que el incumplimiento de las indicaciones terapèuticas rendiràno valida el certificado de idoneidad relajado del especialista.

Informado de la modalidad de ejecuciòn me pogo a disposiciòn de las investigaciones prevista del DPR18/2/82 para la expediciòn del certificado de idoneida deportiva competitiva.

Soy informado que en caso de NO IDONEIDA debe ser remitida oportuna comunicaciòn a la Direcciòn Central Salud y Protecciòn Social Region Autonoma Friuli Venezia Giulia y a la sociedad deportiva de pertenencia.

Fecha.....

 Firma legible del atleta
o de quien ejerce la patria potesta