**APEMA - 2021**

**EXAMEN MEDICO DEPORTIVO OBLIGATORIO**

***A COMPLETARSE POR EL SOLICITANTE: (La presente tiene carácter de declaración jurada)***

**Fecha:…………………..……………….**

**Disciplina:………………………………………………………………. Categoría: ……………………………….……..**

**Apellido y Nombre:…………………………………………………………….DNI:……………………………….……….**

**Fecha de Nacimiento: …../…../…….Edad: …… Nacionalidad:……………… Estado Civil:..………….……..…….**

**Domicilio: ………………………………….... Localidad:………………….………… Provincia:………...…………..…**

**Teléfono: ………………….....................................Mail:………………………………………………………………..**

**Grupo Sanguineo: ……………… Factor RH: ………………**

**HABITOS SI NO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Fuma Usted?** |  |  | **¿Qué cantidad por día?** |
| **¿Toma bebidas alcohólicas?** |  |  | **¿Cuáles? ¿Cuánto por día?** |
| **¿Ha utilizados drogas de abuso? (Cocaína, Marihuana, etc.)** |  |  | **¿Cuándo?** |
| **¿Observa alguna dieta?** |  |  | **¿Cuál?** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPERACIONES SUFRIDAS** | | | | | | **FRACTURAS/ TRAUMATISMOS/ INTERNACIONES** | | |
| Ha sido operado de: | | **SI** | **NO** | **AÑO** | |  | | **AÑO** |
| Hernias | |  |  |  | |  | |  |
| Columna | |  |  |  | |  | |  |
| Várices | |  |  |  | | Observaciones: | | |
| Hemorroides | |  |  |  | |
| Otras: ………………… | |  |  |  | |
| **Médico Particular** | Nombre | | | | Domicilio de atención | | Teléfono | |

**TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ (Marque con una X)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | |  | **SI** | | **NO** |  | **SI** | **NO** |
| Mareos o desmayos |  |  | | Sangre en el esputo |  | |  | Dolores de rodilla |  |  |
| Convulsiones |  |  | | Falta de aire |  | |  | Ciática |  |  |
| Epilepsia |  |  | | Dolores de pecho |  | |  | Dolores de espalda |  |  |
| Disritmia cerebral |  |  | | Palpitaciones de  Corazón |  | |  | Dolores de cuello |  |  |
| Depresión |  |  | | Enfermedad cardiaca |  | |  | Desviación de columna |  |  |
| Brucelosis |  |  | | Presión sanguínea alta |  | |  | Várices |  |  |
| Paludismo |  |  | | Cálculos de vesícula |  | |  | Fracturas |  |  |
| Tuberculosis |  |  | | Cálculos de Riñón |  | |  | Esguinces y/o luxaciones |  |  |
| Mal de Chagas |  |  | | Diabetes |  | |  | Amputaciones |  |  |
| Cólera |  |  | | Gastritis |  | |  | Hernias actuales |  |  |
| Sífilis |  |  | | Ulcera gástrica  o duodenal |  | |  | Hemorroides |  |  |
| Enfermedad Venérea |  |  | | Dolores de hombro |  | |  | Caries actuales |  |  |
| Sufrió Asma |  |  | | Dolores de pie |  | |  | Visión disminuida |  |  |
| Sufre Asma |  |  | | Dolores de rodilla |  | |  | Usa lentes |  |  |
| ¿Es alérgico? |  |  | | ¿A Qué? ...................... | ¿Tiene aplicadas todas las vacunas a la fecha? | | | |  |  |
| ¿Toma medicamentos de forma permanente? | | | | |  | |  | ¿Cuál?................................................................... | | |
| ¿Cuánto mide? …………………….... Mts. | | | | | | ¿Cuánto pesa? ……………………..…..Kg. | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| ***A COMPLETARSE EXCLUSIVAMENTE POR EL MEDICO:*** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Aspecto general: | | | | | | Tórax: | | | | |
| Defectos físicos: | | | | | | Abdomen: | | | | |
| Piel y Cel. Subcutáneo: | | | | | | Hígado –Bazo – Riñón: | | | | |
| Ganglios: | | | | | | Hernias abdominales o inguinales: | | | | |
| Bucodental: | | | | | | Testículos (Varicocele – Hidrocele): | | | | |
| Oído (supuraciones): | | | | | | Hemorroides – Fístulas: | | | | |
| Ruidos card: | | | Soplos: | | | Columna vertebral: | | | | |
| Pulso radial y periférico: | | | | | | Ext. Sup. e inferiores: | | | | |
| Tensión arterial: | | | | | | Sistema nervioso: | | | | |
| Várices: | | | | | | Otros: | | | | |
| Agudeza visual: Lejos OD: / OI: / | | | | | |
| **Conclusión Examen Clínico**………………………………………………………………………...……………………………………….  ……………………………..……………………………………………………………………………………………………………….…….  **Informe ECG: Normal: ………………. Observado: ……………………………………………………**   |  | | --- | |  |   EL MÉDICO QUIE SUSCRIBE ACREDITA QUE EL SOLICITANTE ES APTO PARA PARTICIPAR DE COMPETENCIAS DE MOTOCICLISMO DEPORTIVO   |  | | --- | |  |   OBSERVADO……………………………………………………..……………………………………………………………………  Firma, Sello y matricula del Médico | | | | | | | | | | |

**Solicitante, Madre o Padre (si fuera menor de 21 años de edad)**

Firma:…………………………………………… DNI:………………………………………………

Aclaración: ………………………………………