**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 deCorazón |  |  | 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: ………………………………………