

# EVALUACION MÉDICA PARA LA APTITUD DEPORTIVA

## FICHA MÉDICA- ARBITROS/AS FEBAMBA/AFMB

### DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN

FECHA: / /

#### 01 DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION

Fecha: ...../...../20.....

APELLIDO Y NOMBRE							
EDAD	años	SEXO	M	F	FECHA DE NACIMIENTO		Nº de DOCUMENTO
LUGAR DE NACIMIENTO			CLUB			CATEGORIA	
DOMICILIO: calle				Nº	Bº		
CIUDAD		C.P.	TEL	ULTIMA REVISION			
TIENE OBRA SOCIAL		si	no	CUAL			
EN CASO DE URGENCIAS COMUNICARSE CON							
MAIL				CELULAR			

#### 02 CUESTIONARIO DE SALUD Y EPIDEMIOLOGICO DEL ARBITRO/A:

##### Antecedentes Personales y familiares patológicos:

¿ Conoces tu Grupo Sanguíneo y factor Rh ? Grupo Sanguíneo | | Factor Rh   
 ¿ problemas cardiacos, cáncer, tumores ?.....  
 ¿Epilepsia, desmayos o convulsiones?.....  
 ¿Diabetes, bocio u otras enfermedades glandulares o metabolicas?.....  
 Tuviste Covid-19:..... fecha:..... Estudios Post-covid-19:.....  
 Vacunación contra Covid-19:..... Nombre:..... Dosis:.....

##### Antecedentes lesiones deportivas:

.....

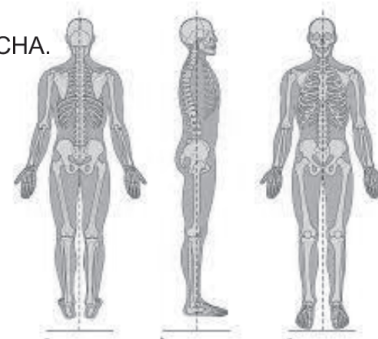
#### 03 DATOS ANTROPOMETRICOS - CRECIMIENTO Y DESARROLLO - BIOMETRIA

PESO:..... TALLA:.....  
 INDICE MASA CORPORAL(IMC): .....  
 OBSERVACIONES: .....

#### 04 EXAMEN POSTURAL, SEGMENTARIO Y OSTEOMIOARTICULAR

MEMBRO INFERIOR (APOYO, MOVILIDAD, EJES). BIPODAL, UNIPODAL, MARCHA.

PIES:.....  
 RODILLAS:.....  
 CADERA Y PELVIS.....  
 MIEMBRO SUPERIOR (MOVILIDAD, EJES, TONO MUSCULAR)  
 CINTURA ESCAPULAR .....  
 HOMBROS .....  
 CODO Y MANO .....  
 COLUMNA VERTEBRAL .....  
 TORAX .....  
 CABEZA Y CUELLO .....



OBSERVACIONES:.....

#### 05 EXAMEN CLINICO DEL APARATO RESPIRATORIO

AUSCULTACION:.....FREC. RESP. :.....R.AGREGADOS:.....  
 ANTECEDENTES:.....Alergias:.....Asma:.....Broncoespasmos:.....Neumotorax:.....  
 Rx. De Torax (según criterio Medico):.....  
 OBSERVACIONES:.....

#### 06 EXAMEN CLINICO DEL APARATO DIGESTIVO, ABDOMEN Y GENITALES

ANTECEDENTES DEL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN:.....  
 ANTECEDENTES GENITO URINARIOS:.....  
 OBSERVACIONES:.....

#### 07 EXAMEN CLINICO NEUROLOGICO

EXAMEN NEUROLÓGICO: NORMAL ..... ANORMAL ..... REFLEJOS: PRESENTES ..... AUSENTES  
 PRUEBA DE EQUILIBRIO: ..... ROMBERG: .....  
 REFLEJO PATELAR: ..... REFLEJO ROTULIANO: .....  
 OBSERVACIONES: .....

#### 08 EXAMEN OFTALMOLOGICO

AGUDEZA VISUAL: OJO DER. S/C ...../..... OJO IQZ. S/C ...../..... VISION CROMÁTICA: .....  
 USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO: SI NO PORQUE ? .....  
 CAMPO VISUAL :.....  
 OBSERVACIONES: .....



# EVALUACION MÉDICA PARA LA APTITUD DEPORTIVA

## FICHA MÉDICA- ARBITROS/AS FEBAMBA/AFMB



FECHA: / /

### 09 SALUD BUCAL

CARIADOS:.....PERDIDOS:.....OBTURADOS:.....BOCA SANA: .....  
 UTILIZA PROTECTOR BUCAL:.....  
 OBSERVACIONES:.....

### 10 EXAMEN CLINICO CARDIOVASCULAR

AUSCULTACIÓN: R 1 ..... R 2 ..... R. AGREGADOS: ..... SOPLOS: .....  
 TENSION ARTERIAL: ...../..... mhg F.CARDIACA: .....  
 OBSERVACIONES: .....

### 11 ELECTROCARDIOGRAMA BASAL

RITMO: ..... FRECUENCIA: .....lmin : .....° ARRITMIAS: SI NO  
 TRAZADO DENTRO DE LIMITES NORMALES: SI NO  
 OBSERVACIONES: .....

### 12 ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO (Mayores de 12 años y repetir c/2 años).

RESULTADOS : .....  
 OBSERVACIONES: .....

### 13 ANÁLISIS DE LABORATORIO

**ANALISIS DE SANGRE Y ORINA COMPLETO** (HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCEMIA, UERMIA Y CREATINEMIA, ACIDO URICO, COLESTROL, PERFIL LIPIDICO, TRIGLISERIDOS, CHAGAS.)  
 OBSERVACIONES:.....

### CERTIFICACIÓN MEDICA DEPORTIVA:

APROBACION NO RESTRICTIVA ..... VALIDO POR UN AÑO NO APTO .....

NOTA: Esta certificación tiene validez a partir de su fecha de emisión, válida solo en original; va sin enmiendas

FECHA DE EMISIÓN:.....VALIDO HASTA EL:.....

\_\_\_\_\_  
 FIRMA, SELLO Y MATRÍCULA