

**EVALUACION MEDICA PARA LA APTITUD DEPORTIVA
FICHA MEDICA- ARBITROS/AS FeBAMBA/AFMB**

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:

<input type="checkbox"/>	¿ Conoces tu Grupo Sanguíneo y factor Rh ?	Grupo Sanguíneo	Factor Rh <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	¿ problemas cardiacos, cáncer, tumores ?.....		
<input type="checkbox"/>	¿Epilepsia, desmayos o convulsiones?.....		
<input type="checkbox"/>	¿Diabetes, bocio u otras enfermedades glandulares o metabolicas?.....		
<input type="checkbox"/>	Tuviste Covid-19:..... fecha:..... Estudios Post-covid-19:.....		
<input type="checkbox"/>	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)

CINTA ESCAPULAR:.....

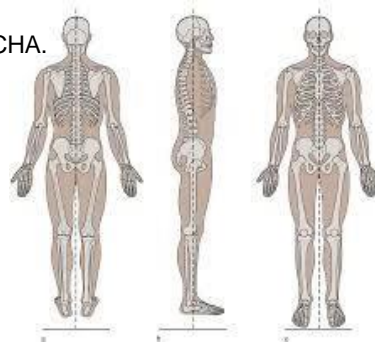
HOMBROS:.....

CODO Y MANO:.....

COLUNA 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 IZQ. S/C /..... VISION CROMÁTICA:
USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO: SI NO PORQUE ?
CAMPO VISUAL :.....
OBSERVACIONES:

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:.....





20
23

SOLICITUD DE LICENCIA

ÁRBITRO/A EMPADRONADO/A FEBAMBA – AFMB

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

CATEGORÍA:

CELULAR:

CORREO:

