

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

(Para ser llenada por un Médico de Medicina General)

ANTECEDENTES PERSONALES			
Nombres y Apellidos			
RUT	Fecha de Nacimiento		Edad
Dirección			
Comuna		Región	
Teléfono Celular		Teléfono Fijo	
Correo Electrónico			
Sistema de Salud	Fonasa	Isapre	Otro
Especificar			
Seguro de salud	SÍ	NO	Institución
HISTORIA MÉDICA GENERAL			
Presenta alguna historia médica con respecto a:			
1	Problemas Respiratorios? Asma?	SÍ	NO
2	Problemas Gastrointestinales?	SÍ	NO
3	Diabetes?	SÍ	NO
4	Hipertensión?	SÍ	NO
5	Hemorragias o Enfermedades Sanguíneas?	SÍ	NO
6	Hepatitis	SÍ	NO
7	Problemas Neurológicos? Epilepsia?	SÍ	NO
8	Ataques? Fobias?	SÍ	NO
9	Mareos o Historia de Desmayos?	SÍ	NO
10	Trastornos Cardíacos?	SÍ	NO
11	Problemas del Aparato Urinario?	SÍ	NO
12	Cualquier otra Enfermedad?	SÍ	NO
	Especifique		
13	Está bajo la atención de algún especialista ?	SÍ	NO
LESIONES MUSCULARES U OSTEOARTICULARES (Actuales)			
14	Lesiones en Extremidad Inferior?	SÍ	NO
	Especifique		
15	Lesiones en Extremidad Superior?	SÍ	NO
	Especifique		
16	Lesiones en la Columna?	SÍ	NO
	Especifique		
17	Cualquier otro Problema?	SÍ	NO
	Especifique		

HISTORIA PERSONAL			
18	¿Ha recibido tratamiento o consulta siquiátrica o	SÍ	NO
19	¿Está actualmente en consulta o tratamiento?	SÍ	NO
20	¿Ha estado hospitalizado dentro del tratamiento?	SÍ	NO
ALERGIAS			
21	¿Es alérgico (a) a algo?	SÍ	NO
	Especifique		
22	¿Tiene alergias a alguna comida?	SÍ	NO
	Especifique		
23	¿Tiene alergias a picaduras de insectos?	SÍ	NO
24	¿Tiene alergias a algún medicamento?	SÍ	NO
	Especifique		
MEDICAMENTOS			
25	¿Toma algún tipo de medicamento?	SÍ	NO
	Especifique		
CONDICIÓN FÍSICA			
26	Realiza ejercicio Físico (2-3 veces x semana)	SÍ	NO
	Especifique		
27	¿Qué deportes ha practicado anteriormente?		
SIGNOS VITALES Y PARÁMETROS			
FC Reposo (10´de descanso)			
Presión Arterial	Sistólica	Diastólica	Clasificación
Peso	Altura	IMC	Clasificación
Circunferencia de cintura			Clasificación
Grupo Sanguíneo			RH

Yo:	RUT:
Nº Registro Médico :	
Médico del Paciente:	
Certifico que presenta salud compatible para estudiar la Carrera de:	
que imparte el Instituto Nacional del Fútbol, Deportes y Actividad Física (INAF)	

Fecha de _____ de 20 _____

Firma v Timbre