



DIRECCIÓN DE  
**DEPORTES**

# MUNICIPALIDAD DE PIEDRAS BLANCAS

## DIRECCIÓN DE DEPORTES

Planilla Médica - 2014

Apellido y Nombres

D.N.I.	Fecha de Nac.:	Peso	Altura	Talla Sentado
→	→			

(1) ENFERMEDADES PADECIDAS A LA FECHA

Sarampión	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
Poliomielitis	SI	NO
Tos Convulsa	SI	NO
Varicela	SI	NO
Escarlatina	SI	NO
Rubéola	SI	NO
Epilepsia	SI	NO
Sinusitis	SI	NO
Otras	SI	NO

En el caso de otra aclarar cual

(2) ENFERMEDADES A LAS QUE ES PROPENSO

Asma	SI	NO
Bronquitis	SI	NO
Resfrío	SI	NO
Afección del oído	SI	NO
Afección de nariz	SI	NO
Afección de los ojos	SI	NO
Convulsiones	SI	NO
Sonambulismo	SI	NO
Desmayos	SI	NO
Constipación	SI	NO
HIV	SI	NO
Otros	SI	NO

En el caso de otra aclarar cual

(3) ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS

Esguinces	SI	NO
Fracturas	SI	NO
Otras	SI	NO

(5) ALERGIAS

Comidas	SI	NO
Picaduras de insectos	SI	NO
Medicamentos	SI	NO
Antibióticos	SI	NO
Polvo, Polen	SI	NO
Plumas	SI	NO
Otro	SI	NO

(4) CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETA

SI	NO	Adjuntar Copia
----	----	----------------

(6) Tuvo alguna intervención quirúrgica en los últimos 3 (tres) años

SI	NO
----	----

Aclarar cual: .....

(7) Está siguiendo algún tratamiento

SI	NO
----	----

Aclarar cual: .....

Certifico que ..... se encuentra apto para realizar actividades deportivas

.....  
Firma y Aclaración  
Padre Madre Tutor



.....  
Firma y Sello Médico