



APELLIDO Y NOMBRE	SEXO	DEPORTE	CATEGORÍA	FECHA DE NAC.	EDAD	DNI
LLENADA POR EL MÉDICO AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN			AUTOCUESTIONARIO DEL DEPORTISTA			
CABEZA Y CUELLO			-TIENE O HA TENIDO DURANTE O INMEDIATAMENTE LUEGO DEL ESFUERZO?			
Normal				SI	NO	
Otros			-MAREOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
T.C.S.			-SENSACION DE PERDIDA DE CONCIENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Normal			-DESMAYOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anormal			-OPRESION O DOLOR DE PECHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PULSOS PERIFERICOS			-PALPITACIONES O RITMO CARDIACO IRREGULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Normal			-FATIGA NO ACOSTUMBRADA O ASFIXIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anormal			-TOS O FALTA DE AIRE EXAGERADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SISTEMA VENOSO			- PADRES, HERMANOS, ABUELOS, PRIMOS, TIOS CON:			
Normal			Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anormal			Muerte Subita antes de los 40 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PRESION ARTERIAL			Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Max.: <input type="text"/>		Min.: <input type="text"/>	- HABITUALMENTE CONSUME:			
F.C. <input type="text"/>			Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E.C.G. <input type="text"/>			Bebidas alcoholicas en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LATIDO APEXIANO			Otras Sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Normal			Cuales?			
Anormal			-TIENE O HA TENIDO ?			
RUIDOS CARDIACOS			Soplos Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Normal			Enfermedad de las válvulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros			Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SILENCIOS			Endocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Normal			-TUVO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES INFECCIOSAS?			
RESPIRATORIO			(Paralisis infantil, fiebre reumatica,)			
Normal			Inf. Respiratorias o dentarias frecuentes, hepatitis, Chagas, etc			
Otros			-TUVO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ALERGICAS?			
ABDOMEN			-A MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Normal			-A ALIMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros			-A CAMBIOS CLIMATICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUROLOGICO			-A EXPOSICION AMBIENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Normal			-A OTROS (CUALES?)			
Otros			- TUVO O TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS RESPIRATORIOS?			
APTO CARDIOLÓGICO			-ASMA BRONQUIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SI		<input type="checkbox"/>	-ASMA INDUCIDO POR EL EJERCICIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDICIONAL		<input type="checkbox"/>	-NEUMOTORAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NO		<input type="checkbox"/>	-FRACTURA DE TORAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentarios y/o Observaciones:			-TUVO O TIENE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU METABOLISMO?			
			-DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			-COLESTEROL O TRIGLICERIDOS ALTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			-HIPERTIROIDISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			-HIPOTIROIDISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			-ACIDO URICO ELEVADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			-ENFERMEDAD CELIACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			-OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS (Nombrar)			
			-TOMA MEDICACION? Cual?			
			Se sugiere concurrir con los estudios realizados previamente)			
			Exámenes complementarios (Rx, Electrocardiograma, Ergometria, etc.)			
Fecha		Firma y Sello Profesional				