

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