

## Ficha de salud

### “Abuelos”

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años Sexo: F / M  
DNI N°: \_\_\_\_\_ Disciplina: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

### Antecedentes patológicos

#### **Clínicos (Consignar tipo de patología y tratamiento):**

HTA: Si / No - Evolución: \_\_\_\_\_ años  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

DBT: Si / No - Evolución: \_\_\_\_\_ años  
Tipo: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

ACV: Si / No - Evolución: \_\_\_\_\_ años  
Tipo: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

Asma: Si / No - Evolución: \_\_\_\_\_ años  
Tipo: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

EPOC: Si / No - Evolución: \_\_\_\_\_ años  
Patología: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

Oncológicos: Si / No - Evolución: \_\_\_\_\_ años  
Patología: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

Otras: Si / No -  
Patología: \_\_\_\_\_  
Evolución: \_\_\_\_\_ años  
Tratamiento: \_\_\_\_\_

#### **Quirúrgicos:**

Patología: \_\_\_\_\_  
Cirugía: \_\_\_\_\_

**Evaluación Clínica.**

**F.C:** \_\_\_\_\_ **lat. / min.**  
**T.A:** \_\_\_\_\_ **mm. Hg.**  
**F.R:** \_\_\_\_\_ **resp. / min.**

1	Piel y faneras	6	Odontológico	11	Genitourinario
2	Cabeza y cuello	7	Cardiovascular	12	Osteoarticular
3	Ojos	8	Respiratorio	13	Neurológico
4	Oídos	9	Abdomen	14	Otros
5	Boca y faringe	10	Región inguinal		

**Observaciones evaluación clínica:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Estudios solicitados y derivación.**

ECG: \_\_\_\_\_  
Rx. Tórax: \_\_\_\_\_  
Laboratorio: \_\_\_\_\_  
Derivación: \_\_\_\_\_

Manifiesto estar satisfecho con toda la información recibida y haber sido veraz en las mías a los efectos de la confección del presente documento. Así mismo presto mi consentimiento a participar en los Juegos Deportivos “Buenos Aires - La Provincia”

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del participante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico.