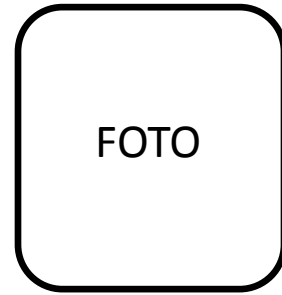




FORMATO ÚNICO DE HISTORIA CLINICA LICENCIAS DEPORTIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES



- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección:

Teléfono: (____) _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Datos de contacto en caso de emergencia (nombre, parentesco, teléfono):





• **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES**

Favor de tachar la presencia de alguna de las enfermedades señaladas en alguno de sus familiares directos (padre, madre, hijos):

Diabetes Mellitus

Hipertensión Arterial

Cáncer

Infarto

Enfermedad Vascular Cerebral (embolia)

Epilepsia

Otras enfermedades neurológicas

Otras enfermedades:

En caso positivo, especificar enfermedad y familiar enfermo:

• **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

Alcoholismo: (desde cuándo, cantidad, frecuencia): _____

Tabaquismo: (desde cuándo, cantidad, frecuencia): _____

Toxicomanías: (tipo de droga, desde cuándo, cantidad, frecuencia):

Alergias: SI NO

En caso positivo especificar: _____

Grupo Sanguíneo y RH: _____

Transfusionales (en caso positivo, especificar fecha y motivo):

Vacunación antitetánica (especificar fecha): _____

Prótesis, anteojos, auxiliares auditivos: _____





• **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Favor de tachar si usted ha padecido alguna de las siguientes enfermedades. Especificar fechas y cualquier información adicional pertinente:

Tratamiento médico por más de un mes en el último año:

Tratamiento quirúrgico:

Hospitalización:

Antecedentes traumáticos:

Otra, especificar:

• **MEDICACIÓN ACTUAL**

Medicamentos que se esté tomando actualmente, especificar dosis, frecuencia, desde cuándo y motivo:

- * La información aquí provista en relación a mi estado actual de salud e historia médica previa es correcta.
- * Me comprometo a no usar ninguna sustancia incluida en la lista de sustancias prohibidas de la WADA (World Anti-Doping Agency).
- * Me comprometo a informar de cualquier accidente, lesión, enfermedad u otro padecimiento de relevancia y someterme a un examen médico adicional, si así me fuese requerido, para continuar compitiendo.

NOMBRE, FIRMA Y FECHA





Documento que será llenado por el Médico examinador:

EXPLORACION FISICA:

Peso: _____ talla _____ TA ____/____ FC _____

Agudeza visual: Ojo Derecho: ____/ 20

Ojo Izquierdo ____/ 20

Corrección obligatoria SI NO

Presencia de prótesis dentaria: SI NO

Tórax: _____

Abdomen _____

Extremidades: _____

Electrocardiograma (pacientes entre 30 y 45 años):

Fecha: _____

Reporte: _____

Prueba de esfuerzo (pacientes mayores de 45 años):

Fecha: _____





Reporte: _____

Pacientes mayores de 30 años: Hb _____ Hto _____
 Gluc _____ Bun _____ Creat _____
 Colesterol _____ Triglicéridos _____

Apto para la práctica del deporte automovilístico SI NO
 Requiere de control posterior SI NO

México a _____ de _____ del _____

Nombre, firma y cedula profesional:

