

Datos Personales del Participante			Deporte / Función:		
Apellido:		Nombre:		D.N.I.:	
F. de Nacimiento: / /		Grupo Sanguíneo:		Factor:	
Domicilio:			Tel. Particular:		
Localidad:		Provincia:		Tel. Celular:	
Obra Social:		Nº Afiliado:		Plan:	
Nombre Padre/Tutor (si es menor):			D.N.I.:		
Domicilio:			Tel. de Contacto:		

Para ser completado por el médico - Historia Clínica (*) (Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas)

1	Enfermedades Congénitas	18	Paperas	35	Enfermedades de la Sangre
2	Traumatismos	19	Sarampión	36	Enfermedades de Ganglios
3	Operaciones	20	Enfermedades Digestivas	37	Enfermedades de la Vista
4	Golpes Fuertes	21	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	Enfermedades Glandulares
5	Lesiones Articulares	22	Enfermedades Renales	39	Intervenciones Quirúrgicas
6	Fracturas - Esguinces	23	Infecciones Urinarias	40	Heridas
7	Enfermedades de los Huesos	24	Enfermedades de Genitales	41	Enfermedades de la Piel
8	Enfermedades Musculares	25	Enfermedades Neurológicas	42	Enfermedades Auditivas
9	Fiebre Reumática	26	Dolores de Cabeza - Mareos	43	Infecciones Crónicas
10	Artritis - Artrosis	27	Convulsiones - Epilepsia	44	Psoriasis
11	Enfermedades Respiratorias	28	Pérdida de Conocimiento	45	Consume Alcohol
12	Enfermedades Articulares	29	Deshidratación	46	Consume Tabaco
13	Sinusitis - Otitis - Anginas	30	Enfermedades Psiquiátricas	47	Enf. de Transmisión Sexual
14	Asma	31	Diabetes	48	Recibió Transfusiones
15	Neumonía - Bronconeumonía	32	Chagas	49	Recibió Hemodiálisis
16	Varicela	33	Soplos del Corazón	50	Hipertensión Arterial
17	Rubeola	34	Enfermedades Cardíacas	51	Toma Medicación

Es Alérgico a:			Calendario de Vacunación Completo		
<input type="checkbox"/> Polvo, Polen	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Plumas	<input type="checkbox"/> Comidas	<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Picaduras de Insectos
			<input type="checkbox"/> Otros (Especificar) _____		
			52 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			Completar al dorso dosis faltantes		

Valoración Funcional		E.C.G.(Sugerido, no obligatorio)		Peso <input type="text"/>	
Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Altura	<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Talla Sentado	<input type="text"/>
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto	

Evaluación Clínica (*)

53	Cabeza y Cuello	57	Boca y Faringe	61	Abdomen
54	Ojos	58	Nariz y Pulmones	62	Columna Vertebral
55	Oídos	59	Corazón	63	Neurológico
56	Toma Medicación (Especificar)	60	Pulsos Periféricos	64	Comentarios de Importancia?

¿Realiza Actividad Física? SI No ¿Cual? _____

¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días

¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI No

¿Cuál? ECG Ergometria TAC RMN Estudios de laboratorio

En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.

Certifico que _____ de _____ años de edad, cuya historia clínica queda en _____, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

<p>_____</p> <p>Firma y Sello del Médico</p>	<p>_____</p> <p>Localidad, Fecha y Hora</p>
--	---

Desde aquí, sólo para completar en caso de participantes menores de edad:

Según mi leal consentimiento autorizo a _____, D.N.I.: _____ a viajar y participar de los Juegos Deportivos Nacionales Evita 2025 y declaro verídicos todos los datos proporcionados el presente, autorizando al Jefe de la Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. Certifico que el nombrado viaja con DNI o Pasaporte, en cualquiera de los casos ORIGINAL.

<p>_____</p> <p>Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado</p>	<p>_____</p> <p>Aclaración y D.N.I.</p>
---	---

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción

(52) Marcar con una X las dosis faltantes

VACUNA	DOSIS	(X)
HEPATITIS B (HB)	Neonatal	
BCG	Única dosis	
ROTAVIRUS	1ª dosis	
	2ª dosis	
NEUMOCOCO CONJUGADA	1ª dosis	
	2ª dosis	
	Refuerzo	
QUÍNTUPLE	1ª dosis	
	2ª dosis	
	3ª dosis	
	1er. Refuerzo	
ANTIPOLIOMELÍTICA INACTIVADA (IPV)	1ª dosis	
	2ª dosis	
	3ª dosis	
	Refuerzo	
MENINGOCOCO (ACYW)	1ª dosis	
	2ª dosis	
	Refuerzo	
	Única dosis	

VACUNA	DOSIS	(X)
ANTIGRIPAL	1ª dosis	
	2ª dosis	
HEPATITIS A	Única dosis	
TRIPE VIRAL	1ª dosis	
	2ª dosis	
VARICELA	1ª dosis	
	2ª dosis	
TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DTP)	2º Refuerzo	
TRIPLE BACTERIANA ACELULAR (dTpa)	Refuerzo	
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)	Única dosis	
FIEBRE AMARILLA (FA)	1ª dosis	
	Refuerzo	
OTRAS	COVID	
	DENGUE	

Encuesta sobre vacunación (Marcar con X una o más opciones)**Motivos por los que no recibió todas las vacunas recomendadas en el calendario nacional de vacunación:**

- No conozco qué vacunas podría darme
- Nunca me la/s indicaron
- No quise dármela/s
- No pude dármela/s por falta de tiempo
- No recuerdo
- Mi madre/padre no me llevó a aplicármela/s
- Me dijeron que la/s tengo que pagar
- No estaba/n disponible/s en el centro de vacunación
- No pude dármela/s porque había pocos horarios
- No tuve un centro de vacunación cerca
- No tuve el dinero para trasladarme al centro de vacunación
- Ns/Nc

Observaciones: