JUEGOS DEPORTIVOS NACIONALES EVITA | 2026 FICHA MÉDICA

Subsecretaría de Deportes
Ministerio del Interior

Datos Personales del Deportista		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:

	Polvo, Polen		Antibióticos
	Medicamentos		Picaduras de Insectos
	Plumas		Otros (Especificar)
	Comidas		

Calendario de Vacunación Completo

52 [ ] SI [ ] NO

Completar al dorso dosis faltantes

Valoración Funcional	
Frecuencia Cardíaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	
Tensión Arterial Basal	

E.C.G.(Sugerido, no obligatorio)

Peso	
Altura	
Talla Sentado	

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 realizo 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.

Firma y Sello del Médico

Localidad, Fecha y Hora

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 2026 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.

Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado

Aclaración y D.N.I.

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

JUEGOS DEPORTIVOS NACIONALES EVITA | 2026 FICHA MÉDICA

Subsecretaría de Deportes
Ministerio del Interior

(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	

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

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	

Salud emocional actual — últimas 2 semanas

1. En las últimas dos semanas, ¿te sentiste triste, desanimado/a, irritable o sin ganas de hacer cosas que habitualmente disfrutás? (Marcar con X una opción)

Nunca	
Algunos días	
Más de la mitad de los días	
Casi todos los días	

2. En las últimas dos semanas, ¿te sentiste muy nervioso/a, preocupado/a, con miedo o tan tensionado/a que te costó dormir, concentrarte o disfrutar? (Marcar con X una opción)

Nunca	
Algunos días	
Más de la mitad de los días	
Casi todos los días	

Observaciones: