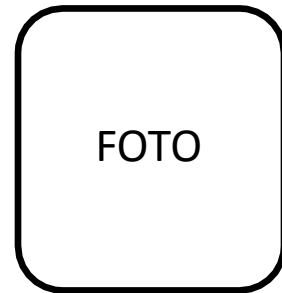




## FORMATO ÚNICO DE HISTORIA CLINICA LICENCIAS DEPORTIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES



- 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:

\_\_\_\_\_

