SERVICIO MÉDICO

Fecha:_____

Historia Clínica Médico-Deportiva

Apodo_____

_____ _____ _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Edad Categoría

Nombre del Padre:_____ Nombre de la Madre:_____

Teléfonos: ☎ Casa:_____ ✆Cel Papá:_____ ✆Cel Mamá:_____

ANTECEDENTES DE LESIONES O ENFERMEDADES TEMPORADA PASADA

Lesiones: No ☐ Si ☐ Especificar región y tratamiento:_____

Enfermedades que limitaran su actividad deportiva:_____

Problemas para cumplir con límites de peso: No ☐ Si ☐ ¿Cómo se trató? _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso:_____ kg Talla:_____m Frec. Card:_____ lpm TA_____ mmHg.

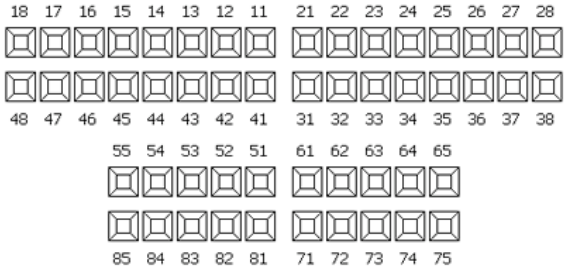
Ojos: Reflejos pupilares Nl ☐ Anormal ☐ Visión: OD_____ OI:_____

Oídos: Obstrucción: No ☐ Si ☐ Memb Timpánica: Nl ☐ Hiperémica ☐ Perforada ☐

Garganta: Amígdalas: Nl ☐ I ☐ II ☐ III ☐

Dientes: Caries ____/____/____/____/____ Ausentes: ____/____/____/____/____/

Gingivitis ☐ Maloclusión ☐ Supernumerarios ☐



Área cardiaca: Soplos: No ☐ Si ☐ Tipo y localización:_____

Área pulmonar: Estertores: No ☐ Si ☐ _____ Sibilancias: No ☐ Si ☐ _____

Abdomen: Nl ☐ Alteraciones ☐ _____

Miembros Torácicos: ROM Nl ☐ Alter ☐ Fza musc Nl ☐ Alter ☐ _____

Miembros Pélvicos: ROM Nl ☐ Alter ☐ Fza musc Nl ☐ Alter ☐ _____

Rodillas: Nl ☐ Valgo ☐ Varo ☐ Recurvatum ☐ Flexum ☐ _____

Inestabilidad: No ☐ Si ☐ _____

Tobillos: Nl ☐ Alteración ☐_____

Pies: Nl ☐ T. Valgo ☐ T. Varo ☐ Plano ☐ Grado _____ Cavo ☐ Grado _____

Plicometría	Subesc	Tríceps	Bíceps	Antebra.	Pect	Axilar	Abdomen	Supralliac	Muslo	Pantor.
Circunf	Tórax	Brazo		Antebrazo			Abdomen		Muslo	Pant

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Firma del Padre o Tutor Firma del Jugador Médico