



INSTITUTO NACIONAL DEL FÚTBOL, DEPORTE Y ACTIVIDAD FÍSICA

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

(Para ser llenada por un Médico Cirujano)

ANTECEDENTES PERSONALES			
Nombres y Apellidos			
Rut			
Fecha de Nac. ____ / ____ / ____		Edad	
Dirección			
Comuna		Región	
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo Electrónico			
Sistema de Salud Fonasa ____ Isapre ____ Otros ____			
Especificar			
Seguro de salud SÍ ____ NO ____		Institución	
HISTORIA MÉDICA GENERAL			
Presenta alguna historia médica con respecto a:			
1.	Problemas Respiratorios? Asma?	SÍ	NO
2.	Problemas Gastrointestinales?	SÍ	NO
3.	Diabetes?	SÍ	NO
4.	Hipertensión?	SÍ	NO
5.	Hemorragias o Enfermedades Sanguíneas?	SÍ	NO
6.	Hepatitis	SÍ	NO
7.	Problemas neurológicos? Epilepsia?	SÍ	NO
8.	Ataques? Fobias?	SÍ	NO
9.	Mareos o historia de desmayos?	SÍ	NO
10.	Trastornos Cardíacos?	SÍ	NO
11.	Problemas del Aparato Urinario?	SÍ	NO
12.	Cualquier otra enfermedad?	SÍ	NO
	Especifique		
13.	Está bajo la atención de algún especialista ?	SÍ	NO
LESIONES MUSCULARES U OSTEOARTICULARES (Actuales)			
14.	Lesiones en extremidad inferior?	SÍ	NO
	Especifique		
15.	Lesiones en extremidad superior?	SÍ	NO
	Especifique		
16.	Lesiones en la columna?	SÍ	NO
	Especifique		
17.	Cualquier otro problema?	SI	NO
	Especifique		

HISTORIA PERSONAL			
18.	¿Ha recibido tratamiento o consulta psiquiátrica o psicológica?	SÍ	NO
19.	¿Está actualmente en consulta o tratamiento?	SÍ	NO
20.	¿Ha estado hospitalizado dentro del tratamiento?	SÍ	NO
ALERGIAS			
21.	¿Es alérgico (a) a algo?	SÍ	NO
	Especifique		
22.	¿Tiene alergias a alguna comida?	SÍ	NO
	Especifique		
23.	¿Tiene alergias a picaduras de insectos?	SÍ	NO
24.	¿Tiene alergias a algún medicamento?	SÍ	NO
	Especifique		
MEDICAMENTOS			
25.	¿Toma algún tipo de medicamento?	SÍ	NO
	Especifique		
CONDICIÓN FÍSICA			
26.	Realiza ejercicio Físico (2-3 veces x semana)	SÍ	NO
	Especifique		
27.	¿Qué deportes ha practicado anteriormente?		
SIGNOS VITALES Y PARÁMETROS			
FC Reposo (10' de descanso)			
Presión Arterial	Sistólica	Diastólica	Clasificación
Peso	Altura	IMC	Clasificación
Circunferencia de cintura			Clasificación
Grupo Sanguíneo			RH

Yo:	Rut:
Nº Registro Médico :	
Médico del Paciente:	
Certifico que presenta salud compatible para estudiar la Carrera de:	
que imparte el Instituto Nacional del Fútbol, Deportes y Actividad Física (INAF)	

Firma y Timbre

Fecha _____ de _____ de 20__