



Historial Médico del Participante

Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: ___ Masculino / ___ Femenino # Seguro Social: _____

Nombre del padre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Nombre de la madre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

En caso de emergencia notificar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfonos: _____

Historial médico

Enfermedades o condiciones:

Alta Presión	SI ___ NO ___	Migraña	SI ___ NO ___
Anemia	SI ___ NO ___	Mononucleosis	SI ___ NO ___
Asma	SI ___ NO ___	Problemas ortopédicos	SI ___ NO ___
Bronquitis	SI ___ NO ___	Problemas intestinales crónicos	SI ___ NO ___
Catarros frecuentes	SI ___ NO ___	Sinusitis	SI ___ NO ___
Diabetes	SI ___ NO ___	Taquicardia	SI ___ NO ___
Epilepsia	SI ___ NO ___	Enfermedades de la piel	SI ___ NO ___
Hemofilia	SI ___ NO ___	Otra	SI ___ NO ___
Hipertensión	SI ___ NO ___	Especifique: _____	
Hipoglucemia	SI ___ NO ___		

Hospitalizaciones u operaciones recientes: SI ___ NO ___ Especifique: _____

Alergias a medicamentos, alimentos u otros: SI ___ NO ___ Especifique: _____

Lesiones:

Esqueléticas	SI ___ NO ___
Musculares	SI ___ NO ___
Brazos	SI ___ NO ___
Espalda	SI ___ NO ___
Piernas	SI ___ NO ___
Pies y tobillos	SI ___ NO ___
Otra	SI ___ NO ___
Especifique: _____	

Por favor mencione todas las Medicinas que toma regularmente: _____

Mencione cualquier otra sustancia que ha usado recientemente: (vitaminas, suplementos, etc.) _____

Historial de Vacunas

Incluyo Certificado: SI ____ NO ____

Vacuna	SI	NO
DTP/DTAP/DT		
POLIO		
TD (Adulto)		
HbCV		
HEP.B		
MMR		
S.Común		
S.Alemán		
Paperas		
Varicela		

Examen Físico

Sexo: ____ Edad: ____ Peso: ____ Estatura: ____ Presión arterial: ____

Agudeza visual: Ojo Derecho. ____ Ojo Izq. ____ Audición: ____

Evaluación Clínica	Normal (sí / no)	Comentarios
Piel		
Oídos, nariz, garganta		
Cardiovascular		
Respiratorio		
Gastrointestinal		
Músculoesquelal		
Neurológico		

Certificado Médico

Yo, _____, certifico que examiné a _____, a quien encuentro en perfecto estado de salud y libre de enfermedades contagiosas. El examinado está capacitado física y emocionalmente para participar de actividades deportivas y recreativas.

Nombre Médico (letra de molde)

Firma Médico

Núm. Licencia

Fecha