

FEDERACION ATLETICA CORDOBESA
EVALUACIÓN MEDICA MORFOFUNCIONAL DEPORTIVA COMPETITIVA

E.M.M.D.E.C N° **Historia Clínica** Lugar..... Fecha / /

DATOS PERSONALES del DEPORTISTA(para ser completado por los padres en menores de 19 años)

Apellido..... Nombres.....
 Edad..... Sexo..... Fecha de Nacimiento...../...../..... D.N.I. N°.....
 Lugar de Nacimiento..... Domicilio Actual..... N° Ciudad.....
 Cod.Postal..... Tel..... Club..... Asociación.....
 Estudios cursados.....

HISTORIA DEPORTIVA

Practica deportes desde los años Deportes Practicados.....
 Entrenamientos:..... veces semanales. Duración de las sesiones:..... horas.
 Entrenamientos complementarios. Detallar.....
 ESCRIBA TODOS LOS DATOS SIN EXCEPCION. Estos no imposibilitan la práctica deportiva.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

DESCRIPCIÓN	Si	No	DESCRIPCIÓN	Si	No
Enfermedades Congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismos – Luxaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas – Esguinces, otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplos al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis- Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Alérgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis-Otitis-Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades glandulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía-Bronconeumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma medicación?¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consume alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consumen Tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis-Enferm. del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ingiere 4 comidas diarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habitualmente come: Carnes (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verduras (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibió transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lácteos (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pan (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza-Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pastas (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones-Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frutas (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma agua?¿Qué cantidad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se vacuna habitualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas horas duerme por día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detallar lo informado como positivo.....

(*)Detallar lo informado como negativo.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

¿En la actualidad viven? Padre..... Madre..... Hermanos..... Abuelos.....
 Si están fallecidos consignar los motivos y edad del deceso.....

¿Tienen o han tenido?	Padre		Madre		Hermanos		Abuelos	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Enfermedades alérgicas-Asma								
Tumores o enfermedades tumorales								
Diabetes-Obesidad								
Enfermedades del Corazón								
Enfermedades Neurológicas								
Convulsiones-Epilepsia-enfermedades psiquiátricas								
Enfermedades músculo esqueléticas								
Enfermedades respiratorias								
Enfermedades digestivas								
Enfermedades de la sangre y ganglios								
Enfermedades glandulares								
Hipertensión Arterial								
Enfermedad de Chagas								
Muerte súbita (antes de los 50 años)								
Otras enfermedades:								
Detallar lo positivo.								

ANTROPOMETRÍA

Índice de Tanner _____ Talla _____ Talla Sentado _____
 Envergadura _____ Peso _____ Índice Masa Corporal (en mayores de 19 años) _____
 En menores de 19 años _____ Percentilo de talla _____ Percentilo de peso _____

EXAMEN POSTURAL

Parado _____
 Sentado _____
 Observaciones _____

EXAMEN SEGMENTARIO OSTEOMIOARTICULAR

Columna completa _____
 Miembros superiores _____
 Miembros inferiores _____
 Cabeza y Cuello _____
 Tórax _____

EXAMEN CLÍNICO DEL APARATO RESPIRATORIO

Auscultación _____ M.V _____ R. Agregados _____
 Observaciones _____

EXAMEN CLINICO DEL APARATO DIGESTIVO-ABDOMEN

Hígado _____ Bazo _____
 Riñones _____ Hernias _____
 Observaciones _____

EXAMEN CLÍNICO DE GENITALES

Varones: Testículos _____ **Mujeres:** Menarca _____
 Escroto _____ Ciclo Menstrual _____
 Enfermedades Venéreas _____ Mamas _____
 _____ Amenorreas _____
 _____ Enfermedades Venéreas _____
 Observaciones _____

EXAMEN CLÍNICO NEUROLÓGICO

Prueba de equilibrio _____ Romberg _____
Reflejo Patelar _____ Reflejo Aquiliano _____
Observaciones _____

EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Ojo Derecho s/c _____ Visión Cromática _____
Ojo Izquierdo s/c _____ Campo Visual por confrontación _____
¿Usa anteojos o lentes de contacto? _____ ¿Por que? _____
Observaciones _____

EXAMEN ODONTOLÓGICO

Cariados _____ Perdidos _____ Obturados _____
Observaciones _____

EXAMEN CLÍNICO CARDIOVASCULAR

Tensión Arterial _____ Auscultación _____
Soplos _____ R. Agregados _____

ELECTROCARDIOGRAMA BASAL

Frecuencia Cardiaca _____ Ritmo _____ Eje Eléctrico _____ PQ _____
QRS _____ Alteraciones Morfológicas _____
Conclusiones _____

LABORATORIO (a partir de los 14 años)

Citológico Completo _____ Triglicéridos _____
Glucemia _____ Uremia _____
Colesterolemia _____ Creatininemia _____
Orina Completa _____ Observaciones: _____

P.E.G.-ERGOMETRIA GRADUADA (a partir de los 14 años)

Frecuencia Cardiaca

Máxima _____ lat/min. Mínima _____ lat/min. Obtenida: _____ lat/min.

	TENSIÓN ARTERIAL	FREC. CARDIACA	SÍNTOMAS
Basal	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
Calentamiento	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
..... km/h.....kgm/min	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
..... km/h.....kgm/min	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
..... km/h.....kgm/min	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
..... km/h.....kgm/min	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
..... km/h.....kgm/min	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
..... km/h.....kgm/min	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
..... km/h.....kgm/min	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
..... km/h.....kgm/min	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
Post-Esfuerzo 1° min.	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....
Post-Esfuerzo 3° min.	..... / ..... mm. Hg.	.....lat/min	.....

Observaciones:.....
.....

Resultado de la PEG:.....
.....

Firma y sello del profesional