

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

(Para ser llenado por un Médico)

ANTECEDENTES PERSONALES DEL POSTULANTE			
Nombres y Apellidos			
Rut			
Fecha de Nacimiento. ____/____/____			Edad
Dirección			
Comuna		Región	
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo Electrónico			
Sistema de Salud Fonasa____ Isapre____ Otros____			
Especificar			
Seguro de salud Sí____NO____			Institución
HISTORIAL MÉDICO DE SALUD			
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		

Firma y Timbre del Médico

Fecha ____ de ____ de 20 ____

HISTORIA PERSONAL			
18.	¿Ha recibido tratamiento, consulta siquiátrica o psicológica?	SÍ	NO
19.	¿Está actualmente en tratamiento?	SÍ	NO
20.	¿Ha estado hospitalizado?	SÍ	NO
ALERGIAS			
21.	¿Es alérgico (a) Especifique	SÍ	NO
22.	¿Alergias a algunas comida (s)? Especifique	SÍ	NO
23.	¿Alergias a picaduras de insectos?	SÍ	NO
24.	¿Alergias a algún medicamento? Especifique	SÍ	NO
MEDICAMENTOS			
25.	¿Ingiere algún tipo de medicamento? Especifique	SÍ	NO
CONDICIÓN FÍSICA			
26.	Realiza ejercicio Físico (2-3 veces x semana) Especifique	SÍ	NO
27.	¿Qué deportes ha practicado?		
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
Presenta Electrocardiograma	Sin Observaciones		Con Reparos

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 del Médico

Fecha ____ de ____ de 20____