

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DEPORTE Y REHABILITACIÓN

HISTORIA CLÍNICA DEPORTIVA

Fecha:

FICHA DE IDENTIDAD:

Nombre:

Lugar de nacimiento:

Edad en años: Sexo: Filiación:

Domicilio:

Teléfono del paciente Teléfono de un familiar:

Estado civil: Actividad laboral:

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN MORFOFUNCIONAL:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES:



Esquema de vacunación:

Toxoide tetánico: SI NO Fecha de último refuerzo: Num. de dosis:

Alcoholismo: SI NO Tabaquismo: SI NO Drogas ilícitas: SI NO

Fármacos: SI NO Tipo y dosis:

Bebidas con cafeína: SI NO Tipo y cantidad:

Tipo sanguíneo: Rh. Positivo: Negativo:

ANTECEDENTES DEPORTIVOS:

Deporte principal:

Especialidad o posición:

Fecha de inicio de este deporte: Fecha de término:

Nivel:

Entrenamiento:

Tiempo por sesión en minutos: Sesiones por día: Días a la semana:

Predominio. Mixto: Anaeróbico: Aeróbico:

Distribución del tiempo en las sesiones:

Calentamiento en minutos: Entrenamiento formal en minutos:

Enfriamiento en minutos:

Otras actividades deportivas:

Equipo de protección personal:

Lugar de entrenamiento:

Lesiones deportivas, tratamiento médico previo y rehabilitación en los últimos seis meses

EXPLORACIÓN FÍSICA :

Peso en kg: Talla en cm. TA. mm/hg: FR. (rpm)

FC (lpm):

FC máxima teórica (lpm):

EXPLORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS:

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN MORFOFUNCIONAL:

DIAGNÓSTICO:

OBSERVACIONES:

Nombre, cédula y firma del médico

Residente

Médico responsable