

UNIDAD UNIVERSITARIA DE MEDICINA DEL DEPORTE

LABORATORIO DE EVALUACIÓN MORFOFUNCIONAL

HISTORIA CLÍNICA DEPORTIVA

Fecha:

Hora:

FICHA DE IDENTIDAD:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Edad en años: Género: Filiación del paciente:

Domicilio:

Teléfono del paciente Teléfono de un familiar:

Correo electrónico:

Estado civil: Actividad laboral:

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN MORFOFUNCIONAL:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS:

--

Esquema de vacunación:

Toxoide tetánico: SI NO Fecha de último refuerzo: Núm. 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

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

IMC: FC (lpm): FC máxima teórica (lpm):

SIGNOS VITALES:

EXPLORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS:

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

MOTIVO DE LA EVALUACIÓN MORFOFUNCIONAL:

DIAGNÓSTICO:

OBSERVACIONES:

Nombre, cédula y firma del médico

Residente

Médico responsable