

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