

UNIDAD UNIVERSITARIA DE MEDICINA DEL DEPORTE

CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA DEL DEPORTE

HISTORIA CLÍNICA

Fecha:

Hora:

**FICHA DE IDENTIDAD**

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Edad en años:  Género:  Filiación del paciente:

Domicilio:

Estado civil:  Actividad laboral:

Teléfono del paciente:  Teléfono de un familiar:

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

**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 en los últimos seis meses**

Recibió tratamiento médico:  Recibió rehabilitación:

Reinició su entrenamiento:

**Padecimiento actual:**

IMC

Peso en Kg:  Talla en mts:  Índice de Quetelet:

**Exploración física del sitio de la lesión:**

**Estudios de laboratorio y gabinete:**

**Diagnóstico:**

**Tratamiento:**

**Pronóstico:**

Nombre, cédula y firma del médico

Residente

Médico responsable