

Datos Personales del/la Finalista Provincial																																																																																																																																																											
Apellido:		Nombre:		D.N.I.:																																																																																																																																																							
F. de Nacimiento:/..../.....		Grupo Sanguíneo:		Factor:																																																																																																																																																							
Domicilio:				Tel. Particular:																																																																																																																																																							
Localidad:		Provincia:		Tel. Celular:																																																																																																																																																							
Obra Social:		Nº Afiliado:																																																																																																																																																									
Nombre Padre/Tutor (si es menor):				D.N.I.:																																																																																																																																																							
Domicilio:				Tel. de Contacto:																																																																																																																																																							
Para ser completado por el médico																																																																																																																																																											
Historia Clínica (*)																																																																																																																																																											
Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas.																																																																																																																																																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Congénitas</td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Traumatismos</td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Operaciones</td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Golpes Fuertes</td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Lesiones Articulares</td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Fracturas - Esguinces</td></tr> <tr><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades de los Huesos</td></tr> <tr><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Musculares</td></tr> <tr><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Fiebre Reumática</td></tr> <tr><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Artritis - Artrosis</td></tr> <tr><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Respiratorias</td></tr> <tr><td>12</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Articulares</td></tr> <tr><td>13</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sinusitis - Otitis - Anginas</td></tr> <tr><td>14</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Asma</td></tr> <tr><td>15</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Neumonía - Bronconeumonía</td></tr> <tr><td>16</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Varicela</td></tr> <tr><td>17</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Rubeola</td></tr> </table>	1	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Congénitas	2	<input type="checkbox"/>	Traumatismos	3	<input type="checkbox"/>	Operaciones	4	<input type="checkbox"/>	Golpes Fuertes	5	<input type="checkbox"/>	Lesiones Articulares	6	<input type="checkbox"/>	Fracturas - Esguinces	7	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Huesos	8	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Musculares	9	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	10	<input type="checkbox"/>	Artritis - Artrosis	11	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias	12	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Articulares	13	<input type="checkbox"/>	Sinusitis - Otitis - Anginas	14	<input type="checkbox"/>	Asma	15	<input type="checkbox"/>	Neumonía - Bronconeumonía	16	<input type="checkbox"/>	Varicela	17	<input type="checkbox"/>	Rubeola	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">18</td><td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Paperas</td></tr> <tr><td>19</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sarampión</td></tr> <tr><td>20</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Digestivas</td></tr> <tr><td>21</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hepatitis - Enf. del Hígado</td></tr> <tr><td>22</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Renales</td></tr> <tr><td>23</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Infecciones Urinarias</td></tr> <tr><td>24</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades de Genitales</td></tr> <tr><td>25</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Neurológicas</td></tr> <tr><td>26</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Dolores de Cabeza - Mareos</td></tr> <tr><td>27</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Convulsiones - Epilepsia</td></tr> <tr><td>28</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Pérdida de Conocimiento</td></tr> <tr><td>29</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Deshidratación</td></tr> <tr><td>30</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Psiquiátricas</td></tr> <tr><td>31</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Diabetes</td></tr> <tr><td>32</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Chagas</td></tr> <tr><td>33</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Soplos del Corazón</td></tr> <tr><td>34</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Cardíacas</td></tr> </table>	18	<input type="checkbox"/>	Paperas	19	<input type="checkbox"/>	Sarampión	20	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Digestivas	21	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - Enf. del Hígado	22	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Renales	23	<input type="checkbox"/>	Infecciones Urinarias	24	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Genitales	25	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	26	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza - Mareos	27	<input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia	28	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Conocimiento	29	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	30	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	31	<input type="checkbox"/>	Diabetes	32	<input type="checkbox"/>	Chagas	33	<input type="checkbox"/>	Soplos del Corazón	34	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">35</td><td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades de la Sangre</td></tr> <tr><td>36</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades de Ganglios</td></tr> <tr><td>37</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades de la Vista</td></tr> <tr><td>38</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Glandulares</td></tr> <tr><td>39</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Intervenciones Quirúrgicas</td></tr> <tr><td>40</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Heridas</td></tr> <tr><td>41</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades de la Piel</td></tr> <tr><td>42</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedades Auditivas</td></tr> <tr><td>43</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Infecciones Crónicas</td></tr> <tr><td>44</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Psoriasis</td></tr> <tr><td>45</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Consume Alcohol</td></tr> <tr><td>46</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Consume Tabaco</td></tr> <tr><td>47</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enf. de Transmisión Sexual</td></tr> <tr><td>48</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Recibió Transfusiones</td></tr> <tr><td>49</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Recibió Hemodiálisis</td></tr> <tr><td>50</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hipertensión Arterial</td></tr> <tr><td>51</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Toma Medicación</td></tr> </table>	35	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre	36	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios	37	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista	38	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Glandulares	39	<input type="checkbox"/>	Intervenciones Quirúrgicas	40	<input type="checkbox"/>	Heridas	41	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel	42	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Auditivas	43	<input type="checkbox"/>	Infecciones Crónicas	44	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	45	<input type="checkbox"/>	Consume Alcohol	46	<input type="checkbox"/>	Consume Tabaco	47	<input type="checkbox"/>	Enf. de Transmisión Sexual	48	<input type="checkbox"/>	Recibió Transfusiones	49	<input type="checkbox"/>	Recibió Hemodiálisis	50	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	51	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación
1	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Congénitas																																																																																																																																																									
2	<input type="checkbox"/>	Traumatismos																																																																																																																																																									
3	<input type="checkbox"/>	Operaciones																																																																																																																																																									
4	<input type="checkbox"/>	Golpes Fuertes																																																																																																																																																									
5	<input type="checkbox"/>	Lesiones Articulares																																																																																																																																																									
6	<input type="checkbox"/>	Fracturas - Esguinces																																																																																																																																																									
7	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Huesos																																																																																																																																																									
8	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Musculares																																																																																																																																																									
9	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática																																																																																																																																																									
10	<input type="checkbox"/>	Artritis - Artrosis																																																																																																																																																									
11	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias																																																																																																																																																									
12	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Articulares																																																																																																																																																									
13	<input type="checkbox"/>	Sinusitis - Otitis - Anginas																																																																																																																																																									
14	<input type="checkbox"/>	Asma																																																																																																																																																									
15	<input type="checkbox"/>	Neumonía - Bronconeumonía																																																																																																																																																									
16	<input type="checkbox"/>	Varicela																																																																																																																																																									
17	<input type="checkbox"/>	Rubeola																																																																																																																																																									
18	<input type="checkbox"/>	Paperas																																																																																																																																																									
19	<input type="checkbox"/>	Sarampión																																																																																																																																																									
20	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Digestivas																																																																																																																																																									
21	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - Enf. del Hígado																																																																																																																																																									
22	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Renales																																																																																																																																																									
23	<input type="checkbox"/>	Infecciones Urinarias																																																																																																																																																									
24	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Genitales																																																																																																																																																									
25	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas																																																																																																																																																									
26	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza - Mareos																																																																																																																																																									
27	<input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia																																																																																																																																																									
28	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Conocimiento																																																																																																																																																									
29	<input type="checkbox"/>	Deshidratación																																																																																																																																																									
30	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas																																																																																																																																																									
31	<input type="checkbox"/>	Diabetes																																																																																																																																																									
32	<input type="checkbox"/>	Chagas																																																																																																																																																									
33	<input type="checkbox"/>	Soplos del Corazón																																																																																																																																																									
34	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas																																																																																																																																																									
35	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre																																																																																																																																																									
36	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios																																																																																																																																																									
37	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista																																																																																																																																																									
38	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Glandulares																																																																																																																																																									
39	<input type="checkbox"/>	Intervenciones Quirúrgicas																																																																																																																																																									
40	<input type="checkbox"/>	Heridas																																																																																																																																																									
41	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel																																																																																																																																																									
42	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Auditivas																																																																																																																																																									
43	<input type="checkbox"/>	Infecciones Crónicas																																																																																																																																																									
44	<input type="checkbox"/>	Psoriasis																																																																																																																																																									
45	<input type="checkbox"/>	Consume Alcohol																																																																																																																																																									
46	<input type="checkbox"/>	Consume Tabaco																																																																																																																																																									
47	<input type="checkbox"/>	Enf. de Transmisión Sexual																																																																																																																																																									
48	<input type="checkbox"/>	Recibió Transfusiones																																																																																																																																																									
49	<input type="checkbox"/>	Recibió Hemodiálisis																																																																																																																																																									
50	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial																																																																																																																																																									
51	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación																																																																																																																																																									
Es Alérgico a:			Calendario de Vacunación Completo																																																																																																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Polvo, Polen</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Antibióticos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Medicamentos</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Picaduras de Insectos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Plumas</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Otros (Especificar)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Comidas</td><td></td><td></td></tr> </table>			<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos	<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	<input type="checkbox"/>	Comidas			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">52</td> <td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>SI</td> <td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Completar al dorso dosis faltantes</td> </tr> </table>			52	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Completar al dorso dosis faltantes																																																																																																																																
<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)																																																																																																																																																								
<input type="checkbox"/>	Comidas																																																																																																																																																										
52	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO																																																																																																																																																							
Completar al dorso dosis faltantes																																																																																																																																																											
Valoración Funcional		E.C.G.(Sugerido, no obligatorio)		Peso <input style="width: 50px;" type="text"/>																																																																																																																																																							
Frecuencia Cardíaca Basal <input style="width: 50px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>		Altura <input style="width: 50px;" type="text"/>																																																																																																																																																							
Frecuencia Respiratoria Basal <input style="width: 50px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>		Talla Sentado <input style="width: 50px;" type="text"/>																																																																																																																																																							
Tensión Arterial Basal <input style="width: 50px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>		Dist. entre el vertex y el plano donde se sienta el sujeto																																																																																																																																																							
Evaluación Clínica (*)																																																																																																																																																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">53</td><td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Cabeza y Cuello</td></tr> <tr><td>54</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ojos</td></tr> <tr><td>55</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Oídos</td></tr> <tr><td>56</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Toma Medicación (Especificar)</td></tr> </table>	53	<input type="checkbox"/>	Cabeza y Cuello	54	<input type="checkbox"/>	Ojos	55	<input type="checkbox"/>	Oídos	56	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación (Especificar)	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">57</td><td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Boca y Faringe</td></tr> <tr><td>58</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Nariz y Pulmones</td></tr> <tr><td>59</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Corazón</td></tr> <tr><td>60</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Pulsos Periféricos</td></tr> </table>	57	<input type="checkbox"/>	Boca y Faringe	58	<input type="checkbox"/>	Nariz y Pulmones	59	<input type="checkbox"/>	Corazón	60	<input type="checkbox"/>	Pulsos Periféricos	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">61</td><td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Abdomen</td></tr> <tr><td>62</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Columna Vertebral</td></tr> <tr><td>63</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Neurológico</td></tr> <tr><td>64</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Comentarios de Importancia?</td></tr> </table>	61	<input type="checkbox"/>	Abdomen	62	<input type="checkbox"/>	Columna Vertebral	63	<input type="checkbox"/>	Neurológico	64	<input type="checkbox"/>	Comentarios de Importancia?																																																																																																																					
53	<input type="checkbox"/>	Cabeza y Cuello																																																																																																																																																									
54	<input type="checkbox"/>	Ojos																																																																																																																																																									
55	<input type="checkbox"/>	Oídos																																																																																																																																																									
56	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación (Especificar)																																																																																																																																																									
57	<input type="checkbox"/>	Boca y Faringe																																																																																																																																																									
58	<input type="checkbox"/>	Nariz y Pulmones																																																																																																																																																									
59	<input type="checkbox"/>	Corazón																																																																																																																																																									
60	<input type="checkbox"/>	Pulsos Periféricos																																																																																																																																																									
61	<input type="checkbox"/>	Abdomen																																																																																																																																																									
62	<input type="checkbox"/>	Columna Vertebral																																																																																																																																																									
63	<input type="checkbox"/>	Neurológico																																																																																																																																																									
64	<input type="checkbox"/>	Comentarios de Importancia?																																																																																																																																																									
<p>¿Realiza Actividad Física? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____</p> <p>¿Con que frecuencia? 1 - 2 - 3 - 4 veces x semana Todos los días</p> <p>¿Se realizó algún estudio complementario a sugerencia del médico evaluador o tiene hecho alguno? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuál? ECG <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Estudios de laboratorio <input type="checkbox"/></p> <p>En caso positivo anexar una fotocopia abrochada a esta ficha.</p>																																																																																																																																																											
<p>Certifico que _____ de _____ años de edad, cuya historia clínica queda en _____, ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.</p>																																																																																																																																																											
----- Firma y Sello del Médico			----- Localidad, Fecha y Hora																																																																																																																																																								
Desde aquí, sólo para completar en caso de participantes menor																																																																																																																																																											
Según mi leal consentimiento autorizo a _____, D.N.I.: _____ a viajar y																																																																																																																																																											
participar de los Juegos Culturales Evita 2023 y declaro verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Jefe de la Delegación de Cultura a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. Certifico que el nombrado viaja con DNI o Pasaporte, en cualquiera de los casos ORIGINAL, condición indispensable para participar del evento.																																																																																																																																																											
----- Firma Padre, Madre, Tutor o Encargado			----- Aclaración y D.N.I.																																																																																																																																																								
(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción																																																																																																																																																											