



# INSTITUTO NACIONAL DEL FÚTBOL, DEPORTE Y ACTIVIDAD FÍSICA

## FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

(Para ser llenada por un Médico Cirujano)

ANTECEDENTES PERSONALES			
Nombre			
Rut			
Fecha de Nac. ____ / ____ / ____		Edad	
Dirección			
Comuna		Región	
Fono casa		Celular	
Mail			
Sistema de Salud      Fonasa ____      Isapre ____      otros ____			
Especificar			
Seguro de salud    SI ____ NO ____		Institución	
HISTORIA MÉDICA GENERAL			
Presenta alguna historia médica con respecto a:			
1.	Problemas Respiratorios? Asma?	SI	NO
2.	Problemas Gastrointestinales?	SI	NO
3.	Diabetes?	SI	NO
4.	Hipertensión?	SI	NO
5.	Hemorragias o Enfermedades Sanguíneas?	SI	NO
6.	Hepatitis	SI	NO
7.	Problemas neurológicos? Epilepsia?	SI	NO
8.	Ataques? Fobias?	SI	NO
9.	Mareos o Historia de desmayos?	SI	NO
10.	Trastornos Cardiacos?	SI	NO
11.	Problemas del Aparato Urinario?	SI	NO
12.	Cualquier otra enfermedad?	SI	NO
	Especifique		
13.	Está bajo la atención de algún especialista	SI	NO
LESIONES MUSCULARES U OSTEOARTICULARES (Actuales)			
14.	Lesiones en extremidad inferior?	SI	NO
	Especifique		
15.	Lesiones en extremidad superior?	SI	NO
	Especifique		
16.	Lesiones en la columna?	SI	NO
	Especifique		
17.	Cualquier otro problema?	SI	NO
	Especifique		

HISTORIA PERSONAL			
18.	¿Ha recibido tratamiento o consulta psiquiátrica o psicológica?	SI	NO
19.	¿Está actualmente en consulta o tratamiento?	SI	NO
20.	¿Ha estado hospitalizado dentro del tratamiento?	SI	NO
ALERGIAS			
21.	¿Es alérgico (a) a algo?	SI	NO
	Especifique		
22.	¿Tiene alergias a alguna comida?	SI	NO
	Especifique		
23.	¿Tiene alergias a picaduras de insectos?	SI	NO
24.	¿Tiene alergias a algún medicamento?	SI	NO
	Especifique		
MEDICAMENTOS			
25.	¿Toma algún tipo de medicamento?	SI	NO
	Especifique		
CONDICIÓN FÍSICA			
26.	Realiza ejercicio Físico (2-3 veces x semana)	SI	NO
	Especifique		
27.	¿Que deportes ha practicado anteriormente?		
SIGNOS VITALES Y PARÁMETROS			
FC Reposo (10' de descanso)			
Presión Arterial	Sistólica	Diastólica	Clasificación
Peso	Altura	IMC	Clasificación
Circunferencia de cintura			Clasificación
Grupo Sanguíneo			RH

Yo:	Rut:
Nº Registro Médico:	
Médico del paciente:	
Certifico que presenta salud compatible para estudiar la Carrera de:	
que imparte el Instituto Nacional del Fútbol, Deportes y Actividad Física.	

\_\_\_\_\_  
Firma y Timbre

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Uso Exclusivo Director de la Carrera**

<b>Practica deporte con regularidad.</b>			
<b>Que deporte practica.</b>			
<b>Ha competido en algún deporte.</b>			
<b>Tiene Seguro Médico</b>	<b>Si___ No___</b>	<b>¿Dónde?</b>	
<b>¿Dónde hay que trasladarlo en caso de alguna urgencia médica?</b>			
<b>¿Cómo llegó al INAF?</b>			
<b>¿Cuál es su motivación para estudiar en el INAF?</b>			
<b>¿Usted siente que tiene vocación para esta carrera?</b>			
<b>Observaciones</b>			

<b>Aceptado</b>		<b>Rechazado</b>	
-----------------	--	------------------	--

---

**Firma Director Carrera**

...