

DATOS PERSONALES DEL ENTRENADOR/A

Club: N° Club: N° Licencia:..... Categoría.....

Apellido y nombre del entrenador/a:

Documento tipo: N°: Edad:

Fecha de nacimiento:/...../..... Lugar de nacimiento:

Domicilio: N°: Localidad:

Cód. Postal: Provincia: Teléfono:

ENFERMEDADES PREEXISTENTES ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Si	No		Si	No		Si	No	
		Enfermedades Congénitas			Paperas			Enfermedades de la sangre
		Traumatismos – Operaciones			Sarampión			Enf. de los ganglios
		Golpes Fuertes			Enfermedades digestivas			Enfermedades de la vista
		Luxaciones y otras lesiones			Hepatitis – Enf.del Hígado			Enfermedades glandulares
		Fracturas – Esguinces			Enfermedades renales			Intervenciones quirúrgicas
		Enfermedades articulares			Infecciones Urinarias			Heridas
		Enfermedades de los Huesos			Enfermedades Genitales			Enfermedades de la piel
		Enfermedades Musculares			Enfermedades Neurológicas			Enfermedades auditivas
		Fiebre Reumática			Dolores de cabeza – Mareos			Infecciones Crónicas
		Artritis – Artrosis			Convulsiones – Epilepsia			Psoriasis
		Enfermedades Respiratorias			Pérdida de Conocimiento			¿Consume alcohol?
		Enfermedades alérgicas			Deshidratación			¿Consume tabaco?
		Sinusitis-Otitis-Anginas			Enfermedades psiquiátricas			Enf. De transmisión sexual
		Asma			Diabetes			Recibió transfusiones
		Neumonía-Bronconeumonía			Chagas			Recibió Hemodiálisis
		Varicela			Soplo del corazón			Hipertensión arterial
		Rubeola			Enfermedades cardíacas			¿Toma medicación?

DATOS PERSONALES DEL ENTRENADOR/A

Evaluación Odontológica de Cavidad Bucal	
Electrocardiograma basal con informe (Desde Premini hasta U17 inclusive)	
Electrocardiograma de Esfuerzo (Desde u19 hasta Maxibasquet inclusive)	
Laboratorio: Hemograma completo – Glucosa – Colesterol – Calcio – Fosforo – Proteínas Totales (Desde U13- hasta Maxibásquet inclusive)	
Estudios Complementarios: SI NO (Indicar estudio realizado)	
Talla: _____	Peso: _____

Grupo Sanguíneo: _____	Factor: _____	Vacunas Completas: SI NO
Si es alérgica a medicamentos indicar: _____		
¿Recibe medicación regularmente?	SI	NO
Indicar Motivo: _____		

CERTIFICO QUE ESTE ENTRENADOR/A, CONFORME AL RESULTADO DE LOS EXÁMENES ARRIBA INDICADOS, HA SIDO EXAMINADO CLÍNICAMENTE Y SE ENCUENTRA APTP PARA LA PRÁCTICA DE BÁSQUETBOL.

EN LA CIUDAD DE :

EL DÍA: / /

firma médica

sello

nº de matrícula

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

	Padre		Madre		Hermanos		Abuelos	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
En la actualidad, ¿viven?								

Tienen o han tenido:								
Enfermedades alérgicas (ASMA)								
Tumores o enfermedades tumorales								
Diabetes u obesidad								
Enfermedades del Corazón								
Enfermedades Neurológicas								
Convulsiones – Epilepsia								
Enfermedades psiquiátricas								
Enfermedades Respiratorias								
Enfermedades Digestivas								
Hipertensión Arterial								
Otras Enfermedades								

SI ESTÁN FALLECIDOS, CONSIGNAR LOS MOTIVOS Y FECHAS DE DECESO:

.....

.....

.....

.....

Firma del entrenador/a
aclaración y D.N.I