

**NÚMERO DE CARNET NÚMERO DE CARNET RELACIONADO**

**FICHA MÉDICA PARA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE RECREACIÓN Y DEPORTES, EN LA SEDE RAMSAY, PARA FAMILIARES O ASISTENTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

APELLIDO y NOMBRE:……………………………………………………………………………….. DNI: …………………………………………………..

FECHA DE NACIMIENTO: ………………………………… EDAD:……………………………..TELEFONO:………………………………………..

E-MAIL: ……………………………………………………………OBRA SOCIAL………………….. NÚMERO AF.:…………………………….………..

***Para ser completado por MÉDICO CARDIÓLOGO (SIN EXCEPCIÓN):***

HTA ENF. CORONARIA ARRITMIAS OTRAS……………………………………………………………………………….

Informe detallado de ECG ADJUNTAR ECG (Original o Copia)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. APTO CARDIOLÓGICO: ¿Apto para realizar actividad física? SI NO

……………………………………………………………….

Fecha ………/……………/ 20……… Firma y Sello del Cardiólogo

Antecedentes de salud relevantes:

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

Alergias Especifique:

NO

SI

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Medicación:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. Tiempo máximo de permanencia en el agua: ……………….minutos

INDICACIONES ACTIV. FÍSICA………………………………………………………………………………………………………………………………….

CONTRAINDICACIONES ACTIVIDAD FÍSICA………………………………………………………………………………………………………………

**EL PRESENTE APTO MÉDICO TIENE UNA VIGENCIA DE:** 3 - 6 - 9 - 12 MESES

**(**Marcar con un círculo el período que corresponda)

Teléfono de contacto para interconsultas:………………………………………………………………………………………………………………….

El/la Sr. /Sra.…………………………………………………………..………DNI Nº se encuentra apto

para las prácticas citadas, habiendo tomado conocimiento de los antecedentes que acompañan el presente.

**IMPORTANTE: La presente ficha médica debe estar correctamente completada en todos los ítems requeridos para tener validez.**

Buenos Aires,........../................/.20…

………………………………………… Firma y Sello

Video reapertura de las actividades recreativas, deportivas y físicas de la ANDIS

