**NÚMERO DE CARNET**

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

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

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

E-MAIL: ……………………………………………………………OBRA SOCIAL:………………….. NÚMEROAF.:…………………………………..

# DIAGNÓSTICO PRINCIPAL………………………………………………………………………………………………………………………………………

OTROS DIAGNÓSTICOS:……………………………………………………………………………………………………………………………………....

FECHA DE INICIO DE DISCAPACIDAD:……………………………………………………………………………………………………………

ALTERACIONES FUNCIONALES:……………………………………………………………………………………………………………………………..

INDIQUE SI LA MOTIVACIÓN PARA PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES ES:

PROPIA DE LA PERSONA POR INDICACIÓN MÉDICA OTRA:…………………………………………………..

APARATO CARDIOVASCULAR

|  |
| --- |
| ***Para ser completado por MÉDICO CARDIÓLOGO (SIN EXCEPCIÓN):***  HTA ENF. CORONARIA ARRITMIAS OTRAS:…………………………………………………………  Informe detallado de ECG *ADJUNTAR ECG (Original o Copia)*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Consideraciones o limitaciones:………………………………………… ………………………………………………………………………………… APTO CARDIOLÓGICO: ¿Apto para realizar actividad física? SI NO  ……………………………………………………………….  Fecha ………/……………/ 20……… Firma y Sello del Cardiólogo |

AUTORIZO A REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES (

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES** | **Marcar con “x”** | **ACTIVIDADES** | **Marcar con “x”** |
| **GIMNASIA EN PISCINA CLIMATIZADA**  **( 33° +/-1° C)** |  | **DANZA MOVIMIENTO CREATIVO** |  |
| **GIMNASIA EN PISCINA DESCUBIERTA**  **FRÍA** |  | **ACTIVIDADES DEPORTIVAS**  **RECREATIVAS** |  |
| **GIMNASIA ACONDICIONAMIENTO FÍSICO** |  | **ACTIVIDADES DEPORTIVAS COMPETITIVAS** |  |
| **GIMNASIA POSTURAL, YOGA, STRETCHING** |  | **INICIACIÓN DEPORTIVA** |  |
| **MUSCULACIÓN (GIMNASIO) C/APARATOS Y/O EJ. AERÓBICOS** |  | **PILATES** |  |
| **ACTIVIDADES RECREATIVAS** |  |  |  |

Tiempo máximo de permanencia en el agua minutos

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

CONTRAINDICACIONES ACTIVIDAD FÍSICA:………………………………………………………………………………………………………….

# ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

## (Adjuntar informe en caso de que corresponda)

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………… (*Cuando corresponda adjuntar espirometría)*

OTROS………………………………………….

TRAQUEOTOMÍA

FIBROSIS PULMONAR

ASMA

EPOC

APARATO RESPIRATORIO

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

SOBREPESO/OBESIDAD

OTROS………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

NO

USA INSULINA SI

DBT

ANTECEDENTES ENDÓCRINO-METABÓLICOS

CIRUGÍAS

COLOSTOMÍA…

…

APARATO DIGESTIVO

…………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

*(Breve descripción de historia de la enfermedad)*

OTROS

DISCOPATÍAS

OSTEOPOROSIS

ARTRITIS REUMATOIDEA u OTRAS

ARTROSIS

APARATO OSTEOARTICULAR

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Especificar…………………………………………………………………..........

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

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

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

NO

SI

ALERGIAS

………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………

## (Breve descripción de enfermedad cuando corresponda)

AP. GÉNITO URINARIO

INSUFICIENCIA RENAL DIÁLISIS

SONDA VESICAL OTROS…………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| MEDICACIÓN (droga) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

## (Breve descripción de historia de la enfermedad)

OTROS………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

*(Breve descripción de historia de la enfermedad)*

ACV

PARKINSON

ENF. MUSCULARES

ENF. DEGENERATIVAS

EPILEPSIA

ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS

**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

