

# Número de Carnet:

## Ficha Médica para participación en actividades de Recreación y Deportes, en la Sede Ramsay, para personas con discapacidad.

Apellido y Nombre:

Documento Nacional de Identidad (DNI):

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Obra Social:

Número de Afiliado/da:

1. **Diagnóstico Principal:**
2. Otros Diagnósticos:
3. Fecha de inicio de discapacidad:
4. Alteraciones funcionales:
5. **Indique si la motivación para participar de las actividades es**

**(seleccionar con una cruz la opción que corresponda):**

1. Propia de la persona:
2. Por indicación médica:
3. Otra (aclarar cuál):
4. **Aparato Cardiovascular (para ser completado por Médico Cardiólogo**

**sin excepción)** (seleccionar con una cruz la opción que corresponda):

1. Hipertensión Arterial (HTA)
2. Enfermedad Coronaria
3. Arritmias
4. Otras (aclarar cuáles):
5. Informe detallado de Electrocardiograma (ECG). Adjuntar ECG (Original o Copia):
6. Consideraciones o limitaciones:
7. Apto Cardiológico: ¿apto para realizar actividad física? (seleccionar a continuación con una cruz):
   1. Si
   2. No



Fecha:

Firma y Sello del Cardiólogo:

1. **Autorizo a realizar las siguientes actividades (seleccionar con una cruz**

**la opción que corresponda):**

1. Gimnasia en piscina climatizada (33 grados, más menos 1 grado, centígrados)
2. Gimnasia en piscina descubierta fría
3. Gimnasia acondicionamiento físico
4. Gimnasia postural, Yoga, Stretching
5. Musculación (Gimnasio) con aparatos y/o ejercicios aeróbicos
6. Actividades recreativas
7. Danza movimiento creativo
8. Actividades deportivas recreativas
9. Actividades deportivas competitivas
10. Iniciación deportiva
11. Pilates
12. Tiempo máximo (en minutos) de permanencia en el agua:
13. Indicaciones actividad física:
14. Contraindicaciones actividad física:

**Antecedentes Patológicos Personales**

1. Aparato respiratorio **(seleccionar con una cruz la opción que corresponda):**
   1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
   2. Asma
   3. Fibrosis Pulmonar
   4. Traqueotomía
   5. Otros (aclarar cuáles):
   6. (Cuando corresponda adjuntar espirometría)
2. Aparato Osteoarticular **(seleccionar con una cruz la opción que**

**corresponda):**

1. Artrosis
2. Artritis Reumatoidea u Otras:
3. Osteoporosis:
4. Discopatías:
5. Otros (aclarar cuáles):
6. (Breve descripción de historia de la enfermedad):



1. Aparato Digestivo **(seleccionar con una cruz la opción que corresponda):**
   1. Colostomía:
   2. Breve descripción de enfermedad cuando corresponda:
2. Aparato Génito Urinario **(seleccionar con una cruz la opción que**

**corresponda):**

* 1. Insuficiencia Renal
  2. Diálisis
  3. Sonda Vesical
  4. Otros (aclarar cuáles):
  5. Breve descripción de historia de la enfermedad:

1. Antecedentes Neurológicos **(seleccionar con una cruz la opción que**

**corresponda):**

* 1. Epilepsia
  2. Enfermedades Degenerativas
  3. Enfermedades Musculares
  4. Parkinson
  5. Accidente Cerebro Vascular (ACV)
  6. Otros (aclarar cuáles):
  7. Breve descripción de historia de la enfermedad:

1. Antecedentes Psicológicos/ Psiquiátricos
   1. Breve descripción:
   2. Adjuntar informe en caso de que corresponda
2. Antecedentes Endócrino-Metabólicos **(seleccionar con una cruz la opción que corresponda):**
   1. DBT
   2. Usa Insulina (seleccionar con una cruz la opción que corresponda):
      * 1. Si
        2. No
   3. Sobrepeso/obesidad:
   4. Otros (aclarar cuáles):
3. Cirugías:



1. Alergias **(seleccionar con una cruz la opción que corresponda):**
   1. Si
   2. No
   3. Especificar:
2. Medicación (droga):

11. El presente Apto Médico tiene una vigencia de (seleccionar con una **cruz la opción que corresponda):**

a. 3 meses

b. 6 meses

c. 9 meses

d.12 meses

Teléfono de contacto para interconsultas:

El/La Señor/Señora (completar espacio en blanco)

DNI número (completar espacio en blanco) 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.

Fecha:

Firma y Sello:

A continuación, el código QR con acceso al Video de reapertura de las actividades recreativas, deportivas y físicas de la ANDIS

