



ANEXO Nº 2. FICHA DE RECONOCIMIENTO MEDICO - DEPORTIVO

FILIACION

APELLIDOS:	<input type="text"/>	D.N.I.:	<input type="text"/>
NOMBRE:	<input type="text"/>	FECHA NACIMIENTO:	<input type="text"/>
DOMICILIO (calle-piso):	<input type="text"/>	LUGAR NACIMIENTO:	<input type="text"/>
CODG. POSTAL:	<input type="text"/>	ESTADO CIVIL:	<input type="text"/>
LOCALIDAD:	<input type="text"/>	PROFESION:	<input type="text"/>
TELEFONO:	<input type="text"/>	FECHA:	<input type="text"/>

ANAMNESIS

ANTCD. FAMILIARES:

ANTCD. PERSONALES:

FRACTURAS:

OPERACIONES:

LESIONES:

GRUPO SANGUINEO:

ALERGIAS:

VACUNACION:
(TIPO-FECHAS)

AÑOS PRACTICA CICLISMO:

KILOMETRAJE ANUAL:

TIPO PEDAL USADO:
CLASICO:

AUTOMATICO:

ACCIDENTES QUE PRECISARON HOSPITALIZACION:



DATOS ANTROPOMETRICOS

PESO:
TALLA PIE:
TALLA PUBIS. SUELO:
TALLA SENTADO:
(banco 40 cm.)
ENVERGADURA:

PER. TORAC. INSP.:

PER. TORAC. ESP:

DISTANCIA FEMUR. SUELO:
(desde trocánter)

DISTANCIA TIBIA SUELO:
(desde cabeza peroné)

APARATO CARDIO-RESPIRATORIO

AUSCULTACION:

CARDIACA:

PULMONAR:

T.A. SISTOLICA:

F.C. REPOSO:

T.A. DIASTOLICA:

E.C.G. BASAL:

*** ESPIROMETRIA BASAL:**

(* OPCIONAL)

*** PRUEBA DE ESFUERZO**

AEROBICA:

(* OPCIONAL)

ANAEROBICA:

(* OPCIONAL)

EXPLORACION APARATO LOCOMOTOR

COLUMNA VERTEBRAL:

DISMETRIAS

ALINEACION EJES EEII:

GENOS . ROTACIONES.

ROTULAS

PIES:

OTROS APARATOS

VISION:

O.R.L.:

BOCA:

OTROS:

MEDICO

APELLIDOS:

NOMBRE:

NUMERO COLEGIADO: LUGAR:

FIRMA