

4) PARA LLENAR POR EL MEDICO (marcar lo que corresponde)

Asma	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
Epilepsias	<input type="checkbox"/>	Trast. Articular u óseos	<input type="checkbox"/>	Otros:	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Trastornos cardíacos	<input type="checkbox"/>		
Se dialisa	<input type="checkbox"/>				

Intervenciones quirúrgicas

Intolerancia y/o alergias a medicamentos

Medicación de uso habitual ¿Cuál y cómo?

TRATAMIENTOS

Recibe tratamiento médico:	
Presenta alguna limitación física:	
Utiliza ayuda en la marcha:	

EXAMEN CARDIOLOGICO

EXAMEN FISICO

Tensión arterial:	Grupo:	Contextura Física:
Pulso:	Factor RH:	Altura:
OBS:		Peso:

DIAGNOSTICO: (con letra legible y especificado)

INDICACIONES DEL ESPECIALISTA SEGÚN LA PATOLOGIA

El Sr/a/ta _____ se encuentra APTO para realizar actividades físicas y/o acuaticas de acuerdo a su edad, sexo y talla.

Fecha

Sello

Firma del médico

INFORMES:

Parque Municipal Eva Perón de Lomas

Lunes a sábados de 8:00 a 20:00 horas

Molina Arrotea y Las Lilas (CP 1832)

TE: (011) 4282-8173 / 4431 / 2911

Natatorio Guyo Sember

Lunes a viernes de 8 a 19 -Sabados 9 a 12 horas

Av. Alsina 1865 (CP 1832)

TE: (011) 4880-0682



secretariadeportesldz@hotmail.com



/deporteslomas



@deporteslomas



/deporteslomas



1157584355

SECRETARÍA DE DEPORTES