

## FICHA MÉDICA

### I. DATOS GENERALES: (Lea cuidadosamente y llene los datos que se solicitan)

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	GRADO

CIA. PROCEDENCIA	CODIGO CBP.	FECHA DE NAC.	EDAD	SEXO	FECHA DEL EXAMEN
				M    F	

### II. HABITOS (tipo, Cantidad y Frecuencia)

TABACO	LICOR	DROGAS	DEPORTES: NO ( ) SI ( ) ¿Cuál?
			FRECUENCIA: (Diario)    (Interdiario)    (semanal)    (Quincenal)    (Mensual)

### III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS (Especificar fecha, diagnostico y tratamiento)

TBC	Hemorroides	Cardiopatías	Accidentes y secuelas
Asma	Convulsiones	Dislipidemias	Correctores visuales
Alergia	Amputaciones	Hepatitis	Cirugías
HTA	Transfusiones	Diabetes	Hospitalizaciones
Anemia	Hernias/ Varices	Enf. Tiroideas	Problemas sanguíneos

FECHA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO

PESO	TALLA	IMC	FC	FR	PA
Kg.	mts.	Kg. / m <sup>2</sup>	x'	x'	/ mmHg

**Declaro que los datos proporcionados que anteceden son fiel expresión de la verdad, cualquier falsedad u omisión, deliberada o involuntaria exonera al medico y al organizador de responsabilidad alguna.**



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
DNI:

\_\_\_\_\_  
HUELLA DIGITAL

**IV. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:** (Llenado solo por el Medico) Si el medico evaluador lo considera necesario, podrá solicitar al competidor exámenes clínicos o auxiliares complementarios.

APTO     REQUIERE DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS     NO APTO

Si no es apto indique los datos por los que lo descalifican

### V. DATOS DEL EVALUADOR: Nombre del Medico evaluador

	CMP:	Firma y Sello
--	------	---------------