

Fe.Fu.Sa. Mendoza

Evaluación Precompetitiva 2026

Datos personales

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Edad: _____

Obra Social: _____ Nro.: _____

Información para llenar por el médico. Colocar x en caso de ser positivo.

Antecedentes Personales

- ☐ Cardiopatía conocida
- ☐ Asma
- ☐ Obesidad
- ☐ Chagas
- ☐ Covid19

- ☐ Arritmias
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Otros: _____

Síntomas ante el esfuerzo

☐

- ☐ Dolor torácico
- ☐ Disnea desproporcionada al esfuerzo
- ☐ Mareos/síncope
- ☐ Palpitaciones

Antecedentes familiares

- ☐ Muerte súbita (<50 años)
- ☐ Cardiomiopatías
- ☐ Síndrome Marfan
- ☐ Síndrome QT
- ☐ Arritmias complejas
- ☐ Miocardiopatía hipertrófica
- ☐ DAVD

- ☐ ACV
- ☐ Enfermedad coronaria

Examen físico

Presión arterial: _____

Frecuencia cardíaca: _____

☐ **Examen físico cardiovascular dentro de parámetros normales.**

- Hallazgos: _____

Exámenes complementarios

☐ Electrocardiograma dentro de parámetros normales.

☐ **Apto para realizar actividad física.**

Nota: En caso de ser necesario realizar estudios complementarios no se entregará la constancia de apto físico antes de que se haya completado la evaluación clínica del paciente.

Declaro que toda la información proporcionada al profesional médico es verídica.

Fecha: _____

Firma Postulante/Tutor

Firma y Sello médico