

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía conocida | <input type="checkbox"/> Arritmias |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Chagas | |
| <input type="checkbox"/> Covid19 | |

Síntomas ante el esfuerzo

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

Antecedentes familiares

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muerte súbita (<50 años) | <input type="checkbox"/> ACV |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatías | <input type="checkbox"/> Enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Marfan | coronaria |
| <input type="checkbox"/> Síndrome QT | |
| <input type="checkbox"/> Arritmias complejas | |
| <input type="checkbox"/> Miocardiopatía hipertrófica | |
| <input type="checkbox"/> DAVD | |

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