

MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA
DELEGACION ASTURIANA

Servicios Médicos

N° EXP.

APELLIDOS..... NOMBRE.....

FECHA DE NACIMIENTO..... LOCALIDAD..... PROVINCIA.....

DNI..... TELEFONO..... EQUIPO..... CATEGORIA.....

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Tienes alguna alergia?.....

¿Tienes alguna enfermedad?.....

¿Alguna vez has notado palpitaciones?.....

¿Has perdido el conocimiento mientras realizabas deporte?.....

¿Alguna vez te han diagnosticado un problema cardíaco (soplos, arritmias...)?.....

¿Has tenido alguna fractura? ¿a qué nivel?.....¿Alguna otra lesión?.....

¿Te han realizado alguna operación?.....

¿Tomas algún tipo de medicación?.....

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún familiar ha tenido problemas cardíacos (soplos, arritmias, infarto, angina), ha sido intervenido del corazón o ha fallecido por un problema del mismo?.....

¿Se ha dado algún caso de muerte súbita en la familia?.....

EXPLORACION FISICA

PESO..... TALLA..... IMC.....

TENSION ARTERIAL..... PULSOS.....

AUSCULTACION CARDIACA

FRECUENCIA CARDÍACA..... SOPLOS.....

EKG.....

AUSCULTACIÓN PULMONAR:

EXPLORACION ARTICULAR:

CADERAS:

RODILLAS:

TOBILLOS:

OTROS:

OBSERVACIONES :

Fecha.....

FIRMA DEL MÉDICO: