



## Sindicato de Choferes de Camiones, Obreros y Empleados del Transporte Automotor de Cargas Generales, Logística y Servicios de Entre Ríos.

Personería Gremial N° 291 - CUIT: 30-60494175-6  
Maciá 740 - 3100 - Paraná - Entre Ríos  
Tel./Fax: 0343-4242078/5459 - www.camionerosentrieros.org

Adherido a la Federación Nacional de Trabajadores Camioneros y Obreros del Transporte Automotor de Cargas, Logística y Servicios. Adherida a la C.G.T.

### FICHA MÉDICA - DEPORTIVA 2020 - "SINDICATO DE CAMIONEROS DE ENTRE RIOS"

#### Datos personales

Nombre y Apellido:

D.N.I.:

Nº de Afiliado:

Fecha de Nacimiento: / /

Domicilio:

Edad :

#### En caso de urgencia avisar a

Contacto (1): Nombre y Apellido:

Relación/parentesco

Domicilio:

Teléfonos fijo y móvil:

Correo electrónico:

Contacto (2): Nombre y Apellido:

Relación/parentesco

Domicilio:

Teléfonos fijo y móvil:

Correo electrónico:

Autorizado a Retirar al Menor .....

FIRMA.....

Autorizado a Retirar al Menor .....

FIRMA.....

#### DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO

#### Alimentación y ejercicio

¿Tiene algún a restricción sobre los alimentos y bebidas que puede ingerir? Por favor consigne información que considere importante:

¿Qué Actividad Física realiza en el Gimnasio de Camioneros de E.R?.....

¿En que fecha inicia dicha Actividad?.....

¿Qué días realiza la Actividad? Actividad (1) ....., Actividad (2) .....

¿En que Horarios realiza la Actividad? De .....a ....., De ..... a .....

#### Medicamentos

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI - NO



**Sindicato de Choferes de Camiones, Obreros y Empleados del Transporte Automotor de Cargas Generales, Logística y Servicios de Entre Ríos.**

Personería Gremial N° 291 - CUIT: 30-60494175-6  
Maciá 740 - 3100 - Paraná - Entre Ríos  
Tel./Fax: 0343-4242078/5459 - www.camionerosentrieros.org

**Adherido a la Federación Nacional de Trabajadores Camioneros y Obreros del Transporte Automotor de Cargas, Logística y Servicios. Adherida a la C.G.T.**

¿Por qué enfermedad lo toma?

**Ficha de control médico**

Peso:                      Talla:                      IMC:                      TA:                      Grupo Sanguíneo:

LABORATORIO:                      SANGRE:                      ORINA:

Consignar anomalía:

INFORME CARDIOLÓGICO (Tipo de Evaluación, Resultado-Diagnóstico):

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

<b>Patologías / Antecedentes</b>	<b>¿Sí?</b>	<b>¿No?</b>	<b>¿Tiene Alguna restricción?</b>
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			
8. Fuma			
9. Alcohol			
10. Limitaciones para el ejercicio físico			
11. Otras			

Certifico que.....DNI.....

Está en condiciones de realizar actividad física, según examen clínico del día de la fecha. -

Deporte     Actividad no competitiva- Recreación     Gimnasio de pesas

Firma del Médico

Sello Fecha: / /

