



**FICHA DE INGRESO**  
**ASOCIACIÓN DE DEPORTES ADAPTADOS CHILE**

							<b>Fecha de ingreso</b>			
<b>Sector Urbano</b>				<b>Dirección de Usuario</b>			<b>Nº Registro</b>			
<b>Sector Rural</b>										
				<b>Nivel de Educación</b>			<b>contacto</b>			
<b>Nombre deportista PeSD</b>										
		<b>Fecha de Nac.</b>		<b>Rut</b>		<b>RND</b>				
<b>Nombre contacto</b>			<b>Contacto</b>		<b>Tipo de relación</b>		<b>R.S.H</b>			
<b>Datos físicos</b>										
<b>Estatura</b>		<b>Peso</b>		<b>Contextura Física</b>						
							<b>Dependiente</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Diagnostico</b>					<b>Nivel de discapacidad:</b>					
<b>Tipo (s) de discapacidad:</b>					<b>Detalle:</b>					
<b>Nombre el Medicamento de uso frecuente</b>							<b>Si</b>	<b>No</b>		
<b>Detalle:</b>										
<b>Utiliza Ayuda Técnica Deportiva</b>							<b>Si</b>	<b>No</b>		
<b>Detalle:</b>										
<b>Tiene alguna lesión aparte de su condición actual</b>							<b>Si</b>	<b>No</b>		
<b>Detalle:</b>										
<b>Actualmente realiza actividad física prescrita</b>							<b>Si</b>	<b>No</b>		
<b>Detalle:</b>										
<b>Ha sido evaluado su estado físico y fisiológico para la realización de deportes</b>										
<b>Detalle de necesidad:</b>										
<b>Marque con una X la documentación Presentada</b>										
<b>Fotocopia de Carnet</b>				<b>Necesita apoyo en su tramitación</b>						
<b>Credencial de discapacidad</b>				<b>Necesita realizar tramitación</b>						
<b>Informe biopsicosocial</b>				<b>Necesita ser evaluado</b>						
<b>Marque con una X las Evaluaciones que debe realizarse el deportista en ADDACH</b>										
<b>Whodas 2.0</b>				<b>Informe kinesiológico</b>						
<b>Informe Social</b>				<b>Informe de motricidad</b>						
<b>Informe Psicológico</b>				<b>Evaluaciones físicas</b>						
<b>Psicopedagógico</b>				<b>(Otro)</b>						

El usuario inscrito autoriza a ADDACH, hacer uso de la documentación e información para las actividades y proyectos realizados por la organización, y permitir que se pueda ocupar su imagen para promover las actividades de la organización.

\_\_\_\_\_  
Firma Profesional  
Nombre:  
Rut:

\_\_\_\_\_  
Cuidador principal/ Familiar  
Nombre:  
Rut:

\_\_\_\_\_  
Beneficiario  
Nombre:  
Rut: