



**APTITUD FÍSICA**

Presentar dos copias: una para el interesado y otra para registro de la institución

<b>DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO</b>	<b>Datos personales</b>	<b>Relación con la UNCuyo</b>
		<b>Unidad académica</b>
	Apellido y Nombre	Ocupación
	Domicilio	Nº de documento
	Teléfono fijo Celular	Email
	Fecha de nacimiento	Grupo sanguíneo    RH
Nombre de un contacto en caso de emergencia	Imunizaciones Antitetánica (+) (-) Antigripal (+) (-)	
Teléfono fijo Celular		

<b>DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO</b>	<b>Alimentación</b> Tipo de dieta..... Restricciones . SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál/es? .....
	<b>Actividad física y/o deporte actual</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? ..... Frecuencia (Cuántos estímulos semanales) ..... Intensidad (1 a 10)..... Duración (Cuántas horas dura cada estímulo) .....
	<b>Alergias:</b> .....Medicación actual..... Resultados: .....
	<b>Patologías conocidas</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál/es?.....
	<b>Cirugías recientes:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál/es?.....Complicaciones: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? .....Otros.....
	<b>Conductas adictivas:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tabaco SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántos diarios?..... Alcohol SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántos semanales?..... Psicofármacos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? ..... Otras. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?.....

**EXAMEN FÍSICO ORIENTADO A LA PRÁCTICA DEPORTIVA / ACTIVIDAD FÍSICA  
(ESTADO ACTUAL)**

**Estado general:** BUENO  REGULAR  MALO

**Estado Nutricional:** Peso Talla IMC % Tejido adiposo

**Morfotipo:** Endomórfico  Mesomórfico  Ectomórfico

**Aparato locomotor** Lesiones recientes SI  NO  ¿Cuáles? .....

**Resultados de Pruebas funcionales evaluadas**

Equilibrio

Fuerza

Flexibilidad

Otras.....

**Sistema respiratorio** Resp/min Disnea SI  NO

Murmulo vesicular  Ruido laringotraqueal  Ruido Bronco vesicular  Voz

Ruidos agregados.....Otros fenómenos.....

**Sistema cardiovascular** FC: PA: Ruidos

Latidos precordiales: Soplos: Edema MMII SI  NO

ECG/ERGO/ECO:.....

**Descanso y sueño**

¿Cuántas horas duerme durante la noche? ..... Medicación para dormir SI  NO

Sueño reparador SI  NO  ¿Le conciliar el sueño? SI  NO

Se despierta durante la noche SI  NO  Apnea nocturna SI  NO

**Limitaciones para realizar ejercicio físico** SI  NO

¿Cuáles? .....

**Estudios complementarios realizados en la consulta**

**Resultados de Estudios complementarios traídos por el paciente**

**Estudios complementarios solicitados**

**Se hace constar que** .....

**Se encuentra:** apto/a  no apto/a  apto/a condicional

**Para realizar actividades** recreativas  competitivas  gimnasio  de acuerdo a edad.

En caso de necesidad: Nombre y firma del adulto responsable.....

**DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO**

**Fecha, Firma y sello del Médico interviniente**