

La siguiente información es de suma importancia para el/la profesional de la salud que realizará su atención.

Durante el examen físico se evaluará su estado clínico actual.

La primera carilla es para autocompletar:

- En menores de 14 años deberá ser completada obligatoriamente por el padre, madre o responsable legal.
- En adolescentes de entre 14 y 18 años recomendamos completar y/o avalar con firma de padre, madre o responsable legal.

DATOS PERSONALES

Relación con la UNCuyo:

Docente - Alumno/a pre universitario - Estudiante universitario - Personal de apoyo académico - Egresado/a - Adherente

Otra vinculación (especificar):

Unidad Académica, Colegio o Repartición:

Nombre y Apellido:

Fecha de nacimiento: N° de documento:

Edad: N° de teléfono (fijo/celular):

Domicilio:

Correo electrónico:

Nombre de un contacto en caso de emergencia:

Teléfono del contacto de emergencia (fijo/celular):

Antecedentes personales (Encierre en un círculo la respuesta correcta)

Patologías cardíacas	SI	NO	Enfermedades infecciosas en los 2 últimos meses	SI	NO
Presión arterial elevada	SI	NO	Ausencia o disfunción orgánica	SI	NO
Obesidad	SI	NO	(en caso afirmativo aclarar en "Observaciones")		
Asma bronquial	SI	NO	Alergia	SI	NO
Pérdida de conciencia	SI	NO	Alteraciones en la voz	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Tos crónica	SI	NO
Traumatismo de cráneo	SI	NO	Medicamento habitual	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Alergia a algún medicamento	SI	NO
Alteraciones sanguíneas	SI	NO	Consumo de vitaminas	SI	NO
Afecciones auditivas	SI	NO	Trastornos de piel	SI	NO
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias	SI	NO	Uso de anteojos	SI	NO
Otros problemas óseos o de articulaciones	SI	NO	Trastornos odontológicos	SI	NO
Cirugías	SI	NO	Utilización de prótesis	SI	NO
Internaciones	SI	NO			

Antecedentes familiares

Problemas cardíacos	SI	NO	Diabetes	SI	NO
Obesidad	SI	NO	Colesterol elevado	SI	NO
Muerte súbita de familiar directo menor a 50 años	SI	NO	Tos crónica	SI	NO
Otras patologías (especificar)					

Antes durante o después de la realización de ejercicio físico, en alguna oportunidad, ha padecido:

Mareos	SI	NO	Más cansancio que sus compañeros/as	SI	NO
Desmayo	SI	NO	Palpitaciones	SI	NO
Dolor fuerte de pecho	SI	NO	Dificultad para respirar	SI	NO
Otros (especificar):					

Observaciones:

Por la presente afirmo que dentro de mis conocimientos y de acuerdo a las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

Firma _____

Firma adulto/a responsable _____

(en caso de menores hasta los 18 años)

DATOS A COMPLETAR POR EL/LA PROFESIONAL DE LA SALUD

Estado Nutricional:

Tipo de dieta Restricciones **SI NO** ¿Cuáles?
Ingestas diarias: Desayuno Colación Almuerzo Mediatarde Colación Cena
Peso Talla IMC

Actividad física y/o deporte actual SI NO En caso afirmativo especifique cuál
Frecuencia (cantidad de estímulos semanales) Intensidad (del 1 al 10) Duración en horas
Hábito sedentario **SI NO** En caso afirmativo especifique desde cuándo

Alergias **SI NO** En caso afirmativo especifique de qué tipo y a qué

Antecedentes patológicos SI NO En caso afirmativo especifique cuál

Medicación:

Psicofármacos **SI NO** En caso afirmativo especifique cuál/es

Antecedentes Quirúrgicos SI NO ¿Cuáles?

Conductas adictivas SI NO ¿Cuáles?

Grupo sanguíneo

¿Tiene el esquema de inmunización al día según el Calendario Nacional de Vacunación? **SI NO**

EXAMEN FÍSICO ORIENTADO A LA PRÁCTICA DEPORTIVA / ACTIVIDAD FÍSICA

Estado general BUENO REGULAR MALO

Limitaciones del aparato locomotor SI NO En caso afirmativo especifique cuál

Resultados de pruebas funcionales evaluadas

Equilibrio Fuerza Flexibilidad Otras

Sistema respiratorio Frecuencia Disnea Clase Funcional

¿Respiración Bucal? **SI NO** Patologías asociadas

Sistema cardiovascular FC TA Soplos Edema Periférico

Estudios complementarios ECG **SI NO** Ergometría **SI NO** Ecocardiograma **SI NO**

Descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme? ¿Toma medicación? **SI NO** ¿Cuál?

Sueño reparador **SI NO**

¿Le cuesta conciliar el sueño? **SI NO** ¿Se despierta durante la noches? **SI NO** Apneas **SI NO**

COVID-19

¿Tuvo COVID-19? **SI NO** Fecha Vacunación contra COVID-19 **SI NO** N° de dosis

Secuelas

Limitaciones para realizar ejercicio físico **SI NO**

CONSTANCIA DE SALUD

Se hace constar que:

Se encuentra **APTO/A NO APTO/A APTO CONDICIONAL**

Para realizar actividades **RECREATIVAS COMPETITIVAS GIMNASIO** de acuerdo a su edad.

Recomendaciones en caso de NO APTO / APTO CONDICIONAL

.....
.....

Firma y sello profesional

Lugar y fecha

Es necesario complementar esta ficha con fotocopia del carnet de vacunación y estudios complementarios que se hayan realizado en los últimos seis meses.