



La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo/la atiende. Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

La primera carilla es de autocompletar

En menores de 14 años deberá ser completada obligatoriamente por el padre – madre o responsable legal

En adolescentes de entre 14 y 18 se recomienda que sea completada por padre-madre o responsable legal

Antecedentes personales						
Relación con la UNCuyo: Docente- Alumno universitario- Personal de apoyo- Egresado- Adherente -Otro Unidad académica o de servicio:						
Apellido y Nombre					N.º de documento.....	
Fecha de nacimiento		Edad		Domicilio		
Teléfono fijo		Celular			Email	
Nombre de un contacto en caso de emergencia				Inmunizaciones		
Teléfono fijo		Celular		Antitetánica (+) (-)		
				Antihepatitis (+) (-)		
				Antigripal (+) (-)		
				Grupo sanguíneo		RH
		SI	NO		SI	NO
Problemas Cardiacos				Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada				Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Obesidad				Otros problemas óseos o articulaciones		
Asma bronquial				Cirugías		
Pérdida de conciencia				Internaciones		
Convulsiones				Enfermedades infecciosas en 2 últimos meses		
Traumatismo de cráneo				Falta o no funciona algún órgano: riñón, ojo		
Diabetes				Alergia		
Alteraciones sanguíneas				Tos crónica		
Con respecto al Ejercicio Físico: antes durante o después. Alguna vez ha padecido				Medicamento habitual		
				Alergia a algún medicamento		
Desmayo				Consume vitaminas		
Mareos				Problemas de piel		
Dolor fuerte de pecho				Usa anteojos		
Mas cansancio que sus compañeros				Problemas odontológicos		
Palpitaciones				Usa prótesis		
Dificultad para respirar				Vacunas completas		
Antecedentes familiares						
Muerte súbita de familiar directo menor de 50 años				Obesidad		
				Diabetes		
Problemas cardiacos				Colesterol elevado		
Presión arterial elevada				Tos crónica		
Observaciones						
Por la presente afirmo que dentro de mis conocimientos y de acuerdo a las preguntas planteadas. Mis respuestas son veraces						
Firma adulto responsable				Firma adolescente 14 a 18 años		

DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO



Datos a completar por el médico

Alimentación

Tipo de dieta.....Restricciones. SI NO ¿Cuál/es?
 Marque cuáles son las ingestas que hace diariamente: Desay. Colac. Alm. MT Colac. Cena

Actividad física y/o deporte actual SI NO ¿Cuál?

Frecuencia (Cuántos estímulos semanales)..... Intensidad (1 a 10)..... Duración en horas.....

Hábito sedentario....._SI NO ¿desde cuándo?.....

Alergias:Medicación actual.....Resultados:

Patologías conocidas SI NO ¿Cuál/es?.....

Cirugías recientes: SI NO ¿Cuáles?... ¿Cuál fue la última?.....Complicaciones: SI NO

Conductas adictivas: SI NO

Tabaco SI NO ¿Cuántos diarios?.....

Ejercicio físico SI NO observ

Alcohol SI NO ¿Cuántos semanales?

Psicofármacos SI NO ¿Cuáles?

Otras. SI NO ¿Cuáles?

Examen físico orientado a la práctica deportiva / actividad física (estado actual)

Estado general: BUENO REGULAR MALO

Estado Nutricional: Peso Talla IMC Morfotipo: Endomórfico Mesomórfico Ectomórfico

Aparato locomotor Lesiones recientes SI NO ¿Cuáles?

Problemas.....

Resultados de Pruebas funcionales evaluadas

Equilibrio Fuerza Flexibilidad Otras.....

Sistema respiratorio Resp/min Disnea SI NO Problemas de la Voz SI NO ¿Cuál?

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

Sistema cardiovascular FC: PA: Ruidos cardiacos: 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 cuesta conciliar el sueño? SI NO

Se despierta durante la noche SI NO Apnea nocturna SI NO

COVID-19

¿Tuvo COVID-19? SI NO Fecha: Vacunación anticovid-19 SI NO ¿Esquema Completo? SI NO

Secuelas SI NO

¿Cuáles?.....

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

Recomendaciones

Fecha, Firma y sello del Médico

CONSTANCIA DE SALUD

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.....

Fecha, Firma y sello del Médico