FICHA MÉDICA || CERTIFICADO DE SALUD

SECRETARÍA DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA || ACTIVIDAD DE ALTA COMPETENCIA

Datos Personales:

Apellido y Nombre: _____Matrícula Nº: _____

LE / LC / DNI / CI: _____Estado Civil: _____

Domicilio: _____Localidad: _____

Escuela: _____Carrera: _____

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre: _____ Tel.:_____

Nombre: _____ Tel.: _____

¿Está afiliado a alguna Obra Social o Prepaga? Sí ☐ No ☐

¿Cuál? _____ Nº de Afiliado: _____

Nº Tel.: _____ Centros de Internación más próximos _____

_____

Sr. Médico: Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica. Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia.

Ficha Médica

Datos básicos y fundamentales Grupo Sanguíneo: _____

Ha tenido o tuvo alguna vez (Marcar con una X lo que corresponda)	**Sí**	**No**	**Ha tenido o tuvo alguna vez** (Marcar con una X lo que corresponda)	**Sí**	**No**
Alergia			Dolor de Cabeza Frecuente		
Enfermedad Infec. Contagiosa			Convulsiones		
Asma Bronquial			Mareos o Desmayos		
Tuberculosis			Pérdida de Memoria		
Enfermedades Cardíacas			Nerviosismo Excesivo		
Hipertensión Arterial			Depresión Psíquica		
Diabetes			Enfermedades Hematológicas		
Úlcera Gastrointestinal			Fracturas		
Hernia			Traumatismo de Cráneo		
Fiebre Reumática			Apendicetomía		

En caso afirmativo, especifique fecha y evolución:

_____

_____

¿Tuvo Covid – 19 durante el 2021? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, mencionar si presenta alguna secuela: Sí ☐ No ☐

_____

Recibe alguna medicación en forma regular Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo indique: Diagnóstico y Dosis

_____

_____

_____

Antecedentes Familiares

Patologías Cardíacas Sí ☐ No ☐
Muerte Súbita Sí ☐ No ☐

Exámenes Complementarios

Exámenes Médico Cardiológicos

E.C.G. ☐
Rx Tórax ☐
Laboratorio ☐
- Hemograma ☐
- Eritrosedimentación ☐
- Glucemia ☐
- Uremia ☐
- Orina ☐

Exámenes Cardiológicos Complementarios

Ergometría ☐
Ecocardiograma ☐

Observaciones

Detalle los antecedentes médicos que considere de importancia:

_____

_____

CERTIFICADO DE SALUD

En mi carácter de médico, certifico que: _____

se encuentra en condiciones psicofísicas de realizar actividades deportivas de Alta Competencia.

Fecha: _____

Firma y Sello del Médico: _____

Domicilio: _____ Tel.: _____

Mayor de 18 Años

Firma del Alumno: _____

Aclaración: _____ DNI: _____

Menor de 18 Años

Firma del Padre/Madre o Tutor: _____

Aclaración: _____ DNI: _____