**TALLERES DE DANZA UNCUYO**

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2021**

Nombre y Apellido .

Obra Social. Número .

Edad Peso Talla Grupo sanguíneo .

El alumno ¿padece alguna de las siguientes enfermedades? Por cada sí explique y de fechas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | Observaciones |
| Proceso inflamatorios |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |
| Enfermedad del corazón |  |  |  |
| Asma |  |  |  |
| Otra enfermedad respiratoria |  |  |  |
| Enfermedad del sistema nervioso |  |  |  |
| Convulsiones |  |  |  |
| Epilepsia |  |  |  |
| Anemia |  |  |  |
| Alergias |  |  |  |
| Trastorno alimenticio |  |  |  |
| Hipertensión arterial |  |  |  |
| Hipotensión arterial |  |  |  |
| Hernias |  |  |  |
| Traumatismos de columna |  |  |  |
| Traumatismo de cráneo |  |  |  |
| Traumatismos de rodilla |  |  |  |
| Traumatismos de pie |  |  |  |
| Cirugías |  |  |  |
| ¿Tiene algún problema óseo o muscular? |  |  |  |

¿Existe alguna situación en la que requiera una atención médica o asistencia particular? .

Indique cuáles: .

¿Alguna de sus condiciones de salud le impide realizar la práctica de la danza en forma intensiva? Indique cuales: .

**Certificado de Salud**

En mi carácter de médico certifico que el titular de la presente ficha médica, goza de un estado de salud que le permite **realizar actividad física.**

Así mismo certifico que los datos consignados en este documento son correctos.

Mendoza, de de 2021

Firma y Sello del Médico