



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

**DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO**

	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		
<b>Con respecto al Ejercicio Físico: antes durante o después. Alguna vez ha padecido</b>			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 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**