

FICHA MÉDICA

Apellido y Nombres: _____ Edad: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____

Obra Social: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Requerimientos de discapacidad/accesibilidad: _____
(se evaluarán con el Área de Inclusión, dependiente de la Secretaría de Bienestar de la UNL)

Por favor, marque lo que corresponda:

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
01	Cardiovasculares		
	- Cardiopatías congénitas		
	- Arritmias		
	- Hipertensión arterial		
02	Endocrino-metabólicas		
	- Obesidad		
	- Diabetes		
03	Respiratorios		
	- Asma		
	- Broncoespasmos		
	- Laringitis recurrente		
04	Neurológicos		
	- Convulsiones o epilepsia		
	- Trastorno del espectro autista		
	- Trastorno de la conducta		

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
05	Alergias		
	- Medicamentos		
	- Insectos		
06	Gastrointestinales		
	- Celiaquía		
	- Alergias o intolerancia a alimentos		
07	Lesiones		
	- Fractura o luxación		
	- Lesión ligamentosa		
08	Otras enfermedades crónicas o de base		
09	Medicación de uso habitual		
10	Vacunación completa		

- **SI SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS**

Tipo de afección: _____

Medicamentos: _____

- **SI SE ENCUENTRA BAJO ACOMPAÑAMIENTO PROFESIONAL EN SALUD EMOCIONAL MENCIONAR**

Condición: _____

Medicación: _____

Equipo de abordaje profesional: _____ Contacto: _____

CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FÍSICAS

Certifico que _____, DNI N° _____ de _____ años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de _____ la fecha, y aparece en condiciones de realizar actividades físicas, recreativas/deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Firma del responsable:
DNI N° _____

Firma y sello del médico:
Fecha: _____