

## FICHA MÉDICA

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH: \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_

Por favor, marque lo que corresponda:

| Nº | ANTECEDENTES MÉDICOS                                                 | SI | NO |
|----|----------------------------------------------------------------------|----|----|
| 01 | <b>Cardiovasculares</b>                                              |    |    |
|    | - Cardiopatías congénitas                                            |    |    |
|    | - Arritmias                                                          |    |    |
|    | - Hipertensión arterial                                              |    |    |
| 02 | <b>Endocrino-metabólicas</b>                                         |    |    |
|    | - Diabetes<br>Tipo: _____                                            |    |    |
| 03 | <b>Respiratorios</b>                                                 |    |    |
|    | - Asma                                                               |    |    |
|    | - Broncoespasmos                                                     |    |    |
|    | - Laringitis recurrente                                              |    |    |
| 04 | <b>Neurológicos</b>                                                  |    |    |
|    | - Convulsiones o epilepsia<br>Especificar: _____<br>_____            |    |    |
|    | - Trastorno del espectro autista<br>Especificar: _____<br>_____      |    |    |
|    | - Trastorno de la conducta<br>Especificar: _____<br>_____            |    |    |
| 05 | <b>Alergias</b>                                                      |    |    |
|    | - Medicamentos<br>Especificar: _____                                 |    |    |
|    | - Insectos<br>Especificar: _____                                     |    |    |
| 06 | <b>Gastrointestinales</b>                                            |    |    |
|    | - Celiaquía                                                          |    |    |
|    | - Alergias o intolerancia a alimentos<br>Especificar: _____<br>_____ |    |    |
| 07 | <b>Lesiones</b>                                                      |    |    |
|    | - Fractura o luxación<br>Especificar: _____                          |    |    |
|    | - Lesión ligamentosa<br>Especificar: _____                           |    |    |
| 08 | Otras enfermedades crónicas o de base<br>Especificar: _____          |    |    |
| 09 | Medicación de uso habitual<br>Especificar: _____                     |    |    |
| 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: \_\_\_\_\_

- **SI EXISTE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA, NECESIDAD ALIMENTARIA-NUTRICIONAL O REQUERIMIENTO DE DISCAPACIDAD-ACCESIBILIDAD\* QUE DESEE DETALLAR Y PROFUNDIZAR MENCIONE:**

---

---

---

---

---

*\*se evaluarán los casos con el Área de Inclusión, dependiente de la Secretaría de Bienestar de la UNL.*

### **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:**