



La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende. Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

La primera parte es para autocompletar.

En menores de 14 años deberá ser completada **obligatoriamente** por el padre – madre o responsable legal

En adolescentes de entre 14 y 18 años **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

Ocupación

Domicilio

Nº de documento

Fecha de nacimiento / / Edad

Teléfono fijo
Celular

Email

Fecha de nacimiento

Grupo sanguíneo RH

Nombre de un contacto en caso de emergencia

Teléfono fijo
Celular

Inmunizaciones
Antitetánica (+) (-)
Antigripal (+) (-)

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 los últimos dos meses		
Traumatismo de cráneo			Falta o no funciona algún órgano: riñón, ojo etc.		
Diabetes			Alergia		
Alteraciones sanguíneas			Tos crónica		
Con respecto al ejercicio físico: antes, durante o después. Alguna vez ha padecido:			Medicamento habitual		
			Alergia a algún medicamento		
Desmayo			Consume vitaminas		
Mareos			Problemas de piel		
Dolor fuerte de pecho			Usa anteojos		
Más 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 cardíacos			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?

Actividad física y/o deporte actual SI NO ¿Cuál?

Frecuencia (Cuántos estímulos semanales) Intensidad (1 a 10) Duración en horas.....

Alergias:Medicación actual.....Resultados:

Patologías conocidas SI NO ¿Cuál/es?.....

Cirugías recientes: SI NO ¿Cuál/es?.....Complicaciones: SI NO

¿Cuáles?Otros.....

Conductas adictivas: SI NO

Tabaco SI NO ¿Cuántos diarios?.....

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 % Tejido adiposo

Morfotipo: Endomórfico Mesomórfico Ectomórfico

Aparato locomotor Lesiones recientes SI NO ¿Cuáles?

Resultados de Pruebas funcionales evaluadas

Equilibrio Fuerza Flexibilidad Otras.....

Sistema respiratorio Resp/min Disnea SI NO

Murmullo vesicular Ruido laringotraqueal Ruido Bronco vesicular Voz

Ruidos agregados.....Otros fenómenos.....

Sistema cardiovascular FC: PA: Ruidos: 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

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**

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 interviniente