

CERTIFICADO DE SALUD PARA ALUMNOS DE LA UPC

A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO.
PARA ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA EXTRA CURRICULARES.

FECHA:...../...../.....

D.N.I. N°:.....

Apellido y Nombre:.....

Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... .Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....

Domicilio:..... Localidad:.....Tel:.....

1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

.....
.....
Cirugías:.....
Cardiovasculares:
Trauma c/alt.funcional:
Alergias (especificar):.....
Oftalmológicos:.....
Auditivos:.....

Diabetes
Chagas
Neurológico
Otras:.....

Asma
Hipertensión

3. CONDICIONES DE RIESGO:.....

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

SI NO

Cansancio extremo.....
Falta de aire.....
Pérdida de conocimiento...
Palpitaciones.....
Precordalgias.....
Cefaleas.....
Vómitos.....
Otros.

6. EXÁMEN FÍSICO

Peso.....Talla.....IMC.....
Diagnóstico Antropométrico:.....

7. EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....
Arritmia:.....
Soplos.....
Tensión Art:

8. EXÁMEN

RESPIRATORIO.....

EXAMEN ABDOMEN.....

EXÁMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.
Miembros Sup.
Miembros Inf.

Hago constar que.....se encuentra en condiciones para la realización de actividades físicas de acuerdo al examen clínico actual y en reposo practicado en la fecha.

NOTIFICADO
Firma del Alumno

.....
Firma y sello del Médico