



Año y división que cursa: _____

Apellido/s y Nombre/s: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende.

Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

ANTECEDENTES PERSONALES. Marque lo que corresponda.

En menores de 14 años, deberá ser completado obligatoriamente por los padre/s, madre/s, o tutor/es o responsable legal. En adolescentes de entre 14 y 18 años se recomienda que sea completado por padre/s, madre/s o tutor/es.

En caso que el adolescente concorra solo a la consulta podrá completar los datos solo, si conoce los antecedentes.

	Sí	No		Sí	No
Vacunación completa			Cirugías		
Problemas Cardíacos			Internaciones		
Presión arterial elevada			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Obesidad			Falta o no funcionamiento de algún órgano par: riñón, ojos, testículo		
Asma Bronquial			Alergias		
Pérdida de conciencia			Tos crónica		
Convulsiones			Alergia a algún medicamento		
Trastorno de sueño			Consume vitaminas		
Diabetes			Problemas de piel		
Alteraciones sanguíneas			Usa anteojos		
Afecciones auditivas			Enfermedad celíaca		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentos					
Otros problemas en los huesos o articulaciones					

En relación con el ejercicio alguna vez:

	Sí	No
Desmayo		
Mareos		
Dolores fuertes en el pecho		
Mayor cansancio que sus compañeros		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física		

Antecedentes familiares

	Sí	No
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años		
Problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		
Obesidad		
Diabetes		
Colesterol elevado		
Tos crónica		

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Me comprometo a notificar por escrito en el término de 24 hs a la escuela cualquier cambio de las condiciones del examen de salud y entregar en 5 días hábiles una nueva ficha médica.

..... / /
Fecha

.....
Firma del/la responsable

.....
Firma del/la estudiante
(14 a 18 años)

.....
Aclaración

.....
Aclaración

EXAMEN FÍSICO

EXAMEN BUCODENTAL (sólo para ingresantes a 1º año)

	Sí	No
Caries		
Ortodoncia fija		

Oclusión dental

EXAMEN VISUAL (sólo para ingresantes a 1º año)

OD

OI

Pupilas visión cromática

Anamnesis personalizado

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

Desmayos

Mareos

Dolor fuerte en el pecho

Mayor cansancio que sus compañeros

Palpitaciones

Dificultad para respirar durante o después de la actividad física

Consumo de vitaminas, minerales, bebidas energizantes, suplementos

Consumo de alcohol, cigarrillos, otras sustancias

Sí	No

PESO Pc ()

TALLA Pc ()

IMC Pc ()

EXAMEN CARDIOVASCULAR

Inspección		
Auscultación		
FC		
TA		Pc ()
Pulsos humerales		
Pulsos Femorales		

EXAMEN RESPIRATORIO

Inspección	
Auscultación	

EXAMEN ABDOMINAL

Inspección	
Palpitación	

EXAMEN MÚSCULO ESQUELÉTICO

Actitud	
Postura	
Asimetría	
Movilidad articular	
Cuello	
Tronco	
Apoyo plantar	
Extremidades superiores	
Extremidades inferiores	

EVALUACIÓN MADURATIVA

Inspección Estado Tanner	
Menarca	
Ritmo menstrual	

Observaciones: (detallar hallazgos)

Dejo constancia que..... DNI

de años de edad ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades deportivas acordes a su edad, sexo, estado madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

Observaciones:.....

Lugar y fecha

Firma, sello y nº de matrícula del/la médico/a.