



CERTIFICADO MÉDICO

Nombre y Apellido:

.....

D.N.I.: Edad: Fecha de Nacimiento...../...../.....

Domicilio: C.P.: ()

T.E.: Email:

PUEDE SER LLENADA POR EL MEDICO DEL HOSPITAL PUBLICO, PRIVADO, OBRA SOCIAL O PARTICULAR
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

ANTECEDENTES FAMILIARES: (Colocar SI o NO)

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| () Enfermedades Cardiovasculares | () Tumores |
| () Alergias y Asmas | () Metabólicas y Diabetes |
| () Enfermedades Mentales | |
| () | |

Otras:.....

Observaciones:.....

.....

EXAMEN FISICO:

Aspecto General:

.....

Piel/Faneras:

.....

Cráneo/Cara:

.....

Cuello/Tiroides:

.....

Tórax/Mamas:

.....

Ap. Respiratorio:

.....

Ap. Cardiovascular:

.....

Abdomen/Digestivo:

.....

Ap. Urinario:

.....

Ap. Genital:

.....

Columna/Miembros:

.....



Neurológico:

.....

Agudeza Visual:

.....

Audiometría:

.....

Otros:

T.A..... F. Cardíaca: Peso: Talla:

RADIOGRAFÍA DE TORAX FRENTE Y PERFIL C/ INFORME:

ELECTROCARDIOGRAMA C/ INFORME:

ERGOMETRÍA (obligatoria para más de 40 años) C/INFORME

.....

PRUEBAS DE LABORATORIO:

Hemograma:

Eritrosedimentación:Grupo Sanguíneo:Factor:

Colesterolemia: Ionograma:

Uremia: Creatininemia:

Glucemia:TGP.....TGO.....

V.D.R.L.: Bilirrubina Total:

Machado Guerreiro: Fosfatasa Alcalina.....

Orina Completa:

USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO

El Atleta se encuentra (Colocar Apto o No Apto) para competir :

Fecha:/...../.....

.....

.....

Sello y Nº Matrícula

Firma del Médico

Este talón debe estar completo en su totalidad, el médico debe completar con su letra la carrera y si se encuentra apto o no para cursar la misma, sellar y firmar.

Muchas Gracias por su colaboración, la prevención y el control de salud son parte de la educación.

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Apellido y Nombre contacto emergencia:

Obra Social: