Dirección de Promoción y Cuidados de la Salud Estudiantil
Prosecretaría de Bienestar Universitario

ESCUELA GRADUADA "Joaquín V. González"
Prosecretaría de Pregrado
Secretaría de Asuntos Académicos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FICHA DE SALUD – 2° A 6° AÑO

Dirección de Promoción y Cuidados de la Salud Estudiantil UNLP

Año que cursa: _____

Apellido y nombre:_____DNI: _____

Sexo:_____Fecha de nacimiento:_____Teléfono: _____

Domicilio:_____Localidad:_____Mail de padres / tutores: _____

ANTECEDENTES PERSONALES (marque lo que corresponda)

	SI	**NO**
Problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Trastorno de sueño		
Diabetes		
Alteraciones sanguíneas		
Afecciones auditivas		
Fracturas-luxaciones-lesiones ligamentos		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedad infecciosa en los últimos 2 meses		
Falta o no del funcionamiento de algún órgano par (riñón, ojos, testículo…)		
Alergias		
Tos crónica		
Alergia a algún medicamento		
Consume vitaminas		
Problemas de piel		
Usa anteojos		
Enfermedad celíaca		

ANTECEDENTES FAMILIARES (marque lo que corresponda)

	SI	**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 de los padres, madres, tutores o responsables legales

ANAMNESIS PERSONALIZADA

CALENDARIO DE VACUNACIÓN (tache lo que corresponda): ☐ COMPLETO/ ☐ INCOMPLETO

En relación con la actividad física (durante o después) ha padecido alguna vez:	SI	NO
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		

EXÁMEN FÍSICO

PESO..... Pc ( ) TALLA.....Pc ( ) IMC..... Pc ( )

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Inspección	
Auscultación	
FC	
TA	| Pc ( )
Pulsos humerales	
Pulsos femorales	

EXAMEN RESPIRATORIO

Inspección	
Auscultación	

EXAMEN ABDOMINAL

Inspección	
Auscultación	

EXAMEN MÚSCULO ESQUELÉTICO

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

EVALUACIÓN MADURATIVA

Estado Tanner	
Menarca	
Ritmo menstrual	

Dejo constancia que..... DNI..... de …… años de edad, ha sido evaluado/a 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 (*completar sólo en caso de que el/la estudiante NO se encuentre en condiciones de salud para realizar actividades deportivas*): _____

...../...../.....

Lugar y fecha

Firma y sello del médico. Nº de matrícula