



**FICHA DE SALUD – NIVEL INICIAL**  
**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**

	<i>Si</i>	<i>No</i>
Problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Trastorno de sueño		
Diabetes		
Alteraciones sanguíneas		
Afecciones auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones en ligamentos		
Otro problema en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades o infecciones en los dos últimos meses		
Falta o no de algún órgano par: riñones, ojos, testículos		
Alergias		
Tos crónica		
Alergia a algún medicamento		
Consumo de vitaminas por problema de piel		
Usa anteojos		
Enfermedad celíaca		
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>		
Muerte súbita en familiar directo menor a 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 responsable legal



## EXÁMEN FÍSICO

### Anamnesis personalizada

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		

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

**CALENDARIO DE VACUNACIÓN** (tache lo que no corresponda): COMPLETO / INCOMPLETO

### EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Inspección	
Auscultación	
FC	
TA	Pc ( )
Pulsos humerales	
Pulsos femorales	

### EXÁMEN RESPIRATORIO

Inspección	
Auscultación	

### EXAMEN ABDOMINAL

Inspección	
Auscultación	

### EXAMEN MÚSCULO ESQUELÉTICO

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

Dejo constancia que..... DNI.....de ..... 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. N° de matrícula