



EXÁMEN DE SALUD
Dirección de Políticas de salud Estudiantil U.N.L.P

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 infecciones en los dos últimos meses		
Falta o no de 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		
Vacunación completa		
ALGUNA VEZ EN RELACIÓN CON EL EJERCIO		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Mayor cansancio que sus compañeros		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
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

EXÁMEN BUCO DENTAL

	SI	NO
Caries		
Ortodoncia fija		
Oclusión dental		

...../...../.....
Lugar y fecha

.....
Firma y sello del médico . N° de matrícula

EXÁMEN VISUAL

OD		
OI		
Pupilas visión cromática		

...../...../.....
Lugar y fecha

.....
Firma y sello del médico . N° de matrícula

Anamnesis personalizado

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 ()

...../...../.....
Lugar y fecha

.....
Firma y sello del médico . N° de matrícula

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Inspección	
Auscultación	
FC	
TA	PC ()
Pulsos humerales	
Pulsos femorales	

EXÁMEN RESPIRATORIO

Inspección	
Auscultación	

EXÁMEN ABDOMINAL

Inspección	
Auscultación	

EXÁMEN MÚSCULO ESQUELÉTICO

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



ESCUELA GRADUADA
"Joaquín V. González"
 Prosecretaría de Asuntos Académicos
 SECRETARÍA DE ASUNTOS ACADÉMICOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

EVALUACIÓN MADURATIVA

Estado Tanner	
Menarca	
Ritmo menstrual	

Dejo constancia que..... DNI.....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.

..... -/...../.....
 Lugar y fecha

.....
 Firma y sello del médico . N° de matrícula