



FORMULARIO PARA LA CERTIFICACIÓN DE APTITUD FÍSICA ANUAL- INGRESO 2024

EVALUACION PRE-PARTICIPATIVA PARA MAYORES DE 18 AÑOS

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DNI N°: _____

DIRECCIÓN: _____

TELEFONO: _____ TEL. ALTERNATIVO: _____

EMAIL: _____

GRUPO SANGUINEO: _____

COBERTURA MÉDICA: _____ N° DE AFILIADO: _____

ALTURA: _____ PESO: _____ IMS (BMI): _____

Los datos reflejados en la siguiente planilla de anamnesis tienen carácter de DECLARACION JURADA.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (Marcar con una X lo que corresponde)	SI	NO
¿Fue operado en los últimos 4 meses?		
¿Toma regularmente alguna medicina? ¿Cuál?		
¿Estuvo internado en el último año?		
¿Sufre de hormigueos en las manos?		
¿Es diabético?		
¿Es asmático?		
¿Es alérgico?		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?		
¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
¿Tiene dolores articulares?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realiza ejercicios físicos?		
¿Tuvo traumatismo de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		

Fecha: _____ Firma del alumno: _____



FICHA MÉDICA

Certificado de aptitud física expedida por médico habilitado. Es requisito de evaluación:

- Examen clínico general:
 - Sangre y orina completa (laboratorio)
 - Placas de tórax y columna (zonas: cervical- dorsal y lumbar) **con informe médico.**
 - Evaluación cardio- respiratoria
 - Ergometría y electrocardiograma, **con informe médico.**
 - Certificado de grupo sanguíneo.
- Otros exámenes complementarios que el médico considere necesario.

El Sr.....DNI N°

ES APTO- NO ES APTO para la práctica de actividad física habiendo tomado conocimiento de los "Antecedentes patológicos" que acompaña el presente formulario.

Observaciones:

FECHA: FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:.....

CONSENTIMIENTO: PARA ALUMNOS MAYORES DE 18 AÑOS

YO..... Con DNI N°.....

Acepto realizar las actividades físicas propias de la carrera del Profesorado de Educación Superior de Educación Física y otras relacionadas con la misma, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el presente formulario.

Fecha: Firma:

CONSENTIMIENTO PARA MENORES DE 18 AÑOS

Nombre y apellido del padre:

DNI N°:..... He leído totalmente este formulario y doy fe de la veracidad de los datos consignados en el mismo y AUTORIZO A

..... Realizar las actividades físicas propias de la carrera del Profesorado de Educación Superior de Educación Física y otras relacionadas con la misma.

Fecha: Firma:

Aclaración: