

FICHA MÉDICA

Datos del alumno

Apellido:		Tecnatura Superior en Entrenamiento Personalizado y Musculación
Nombre:		Modalidad: Presencial
DNI:		Turno: Mañana

Dado que la información del presente cuestionario es muy importante, revisa el carácter de "declaración jurada", por lo que el alumno asume exclusiva y excluyente responsabilidad de lo expuesto a continuación. Ante cualquier eventualidad relacionada con problemas de salud diferentes a los declarados que delaten algún tipo de ocultamiento o falsa información serán causa suficiente para dejar al instituto exento de toda responsabilidad.

Para completar su legajo individual el alumno deberá presentar:

- Fotocopia Documento Nacional de Identidad
- Ficha Médica
- Electro-cardiograma (ECG)
- Adjunto Ergometría
- Informe de laboratorio de análisis clínicos: citológico completo (glucemia, creatina, colesterol y orina completa). No debe presentar más de 60 días de realizado al momento de la revisión médica.
- Informe oftalmológico y ORL: Audiometría y estudio de ojos.
- Informe psicológico
- Informe odontológico
- Adjunto Electrocardiograma

Para completar por el **PACIENTE**

1) ANTECEDENTES FAMILIARES. Completar con una X o con información cuando corresponda.

Padecieron o padecen:	PADRES	HERMANOS	ABUELOS	OTROS FAMILIARES
Enfermedades de Corazón				
Enfermedades Neurológicas				
Diabetes				
Epilepsia				
Alergias				
Trastornos Psiquiátricos				
Elevación de la tensión arterial				
Tuberculosis				
Obesidad				
Otra: ¿Cuál?				
¿Falleció? Causa				

2) ANTECEDENTES PERSONALES- Completar con una X o con información cuando corresponda.

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿Nació a término?			BCG		
¿Fue parto normal?			DOBLE		
¿Fuma?			TRIPLE		
¿Ingiere Alcohol?			ANTITETÁNICA		
¿Practica deporte?			SABÍN		

3) DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA SUFRIÓ/E: Completar con una X

	SÍ	NO
Cansancio extremo		
Falta de Aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		

Para completar por el **PROFESIONAL MÉDICO**:

EXAMEN FÍSICO GENERAL					
Peso Actual	Estatura	Grupo sanguíneo	Factor RH	Tensión Arterial	Pulso
EXAMEN BUCODENTAL:					
EXAMEN OFTALMOLÓGICO:					
EXAMEN DE PIEL:					
EXAMEN CABEZA Y CUELLO:					
AUSCULTACIÓN:					
EXAMEN RESPIRATORIO (Pico Flujo - Saturación de Oxígeno):					
EXAMEN DE ABDOMEN:					
EXAMEN GENITOURINARIO:					
EXAMEN OSTEOARTICULAR:					
EXAMEN NEUROLÓGICO:					
Es alérgico a:					
¿Toma habitualmente algún medicamento? ¿Cuál?					
Medicamentos no prescritos: SÍ/NO					
Estimulantes:					
Anabólicos:					
Esteroides:					
Otros:					
2) RESUMEN HISTORIA CLÍNICA- Ha padecido o padece de: Completar con una X o con la información detallada cuando corresponda.					
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES					
Palpitaciones		Dolores de Brazos		Lipotimia	Indicar E.C.G
Presión Alta		Dolores de Piernas		Varices	Auscultación
Presión Baja		Dolores de Pecho		Hemorroides	
Mareos		Afecciones Cardíacas			
ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES					
Dolores de Cintura		Articulaciones Doloras		Cifosis	
Ciático-Lumbago		Fracturas. ¿Dónde?		Lordosis	
Reumatismo		Inflamación Articular		Escoliosis	
Dolores de Espalda		Deformación Articular		Espina Bífida	
Otros					
¿Columna Vertebral Normal?					
ENFERMEDADES PULMONARES					
Disnea		Alergias vías Aéreas		Disfonías	
Resfríos a repetición		Bronquitis Repetidas		Ronquerías	



Tuberculosis		Asma		Expectoraciones con sangre
Neumonía		Sinusitis		Laringitis
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO				
Enf. Del Estómago		Diarreas Frecuentes		Inapetencia
Úlceras		Vómitos-Náuseas		Vómitos con sangre
Hepatitis				
ENFERMEDADES INFECCIOSAS				
Hongos		Difteria		Parásitos
Paperas		Absesos		Supuración Oídos
Fiebre Reumático		Fiebres Prolongadas		
Escarlatina		Enf. Venéreas		
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS				
Dolor de cabeza Frec.		Hipocondría		Problemas auditivos
Epilepsia		Pesadillas Frecuentes		Confusión de colores
Convulsiones		Depresiones Frecuentes		Miedos varios
Golpes de la cabeza		Intentos de Suicidio		Sin ganas de estudiar
Enf. Psiquiátricas		Falta de Concentración		Angustias frecuentes
Perdidas de Memoria		Excesiva timidez		Delirios
Desmayos				
ENFERMEDADES RENALES				
Ardor al Orinar		Orina con sangre		Poliuría
Incontinencia		Orina con olor desagradable		Orina Turbia

OTRAS ENFERMEDADES				
Lesiones que no cicatrizan		Diabetes		Obesidad
Dolor de Hígado		Anorexia		Aumento brusco de peso
Intoxicaciones		Enf. de los Ganglios		Descenso Brusco de peso
Hernias		Problemas hormonales		Anemia
Afecciones de oído		Hemorragias		
¿Estuvo Internado? ¿Motivos? ¿Intervenciones Quirúrgicas?		Nombre	Fecha	Observaciones
Otras enfermedades de salud que considere de importancia mencionar:				
Nombre	Tuvo	Tiene	Fecha Aproximada	

COMPLETAR POR EL PROFESIONAL:

CONSTE que atendí aDNI N°
.....de.....años de edad y que se encuentra clínicamente en buen estado de salud al día de la fecha, pudiendo participar de las actividades programadas por la institución.

Firma del médico:**Sello:**

Lugar y fecha:

COMPLETAR POR EL PACIENTE:

DECLARO BAJO JURAMENTO que, en base a mi leal conocimiento, todos los datos arriba proporcionados son correctos, asumiendo plena responsabilidad por las consecuencias que pudiese ocasionar cualquier error cometido en el llenado de esta ficha.

ME COMPROMETO además a comunicar cualquier modificación que se produjere sobre los datos consignados, en forma inmediata. Asimismo, dejo expresa constancia que **AUTORIZO** a la Dirección del Instituto (o a quien este designe) a hacer asistir al/la titular de estos datos, por personal médico calificado, incluyendo intervenciones quirúrgicas urgentes e inevitables.

Firma:**Aclaración:****D.N.I:**

En caso de que el titular sea menor de 21 años esta ficha deberá ser firmada por padre, madre o tutor

Firma:**Aclaración:****D.N.I:**

Lugar y fecha:

¿Posee OBRA SOCIAL? ¿CUÁL?

En caso de emergencia contactarse con

Nombre y apellido de contacto

al teléfono.....