

## 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:

- Ficha Médica
- 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**:

<b>EXAMEN FÍSICO GENERAL</b>					
Peso Actual	Estatura	Grupo sanguíneo	Factor RH	Tensión Arterial	Pulso
<b>EXAMEN BUCODENTAL:</b>					
<b>EXAMEN OFTALMOLÓGICO:</b>					
<b>EXAMEN DE PIEL:</b>					
<b>EXAMEN CABEZA Y CUELLO:</b>					
<b>AUSCULTACIÓN:</b>					
<b>EXAMEN RESPIRATORIO (Pico Flujo - Saturación de Oxígeno):</b>					
<b>EXAMEN DE ABDOMEN:</b>					
<b>EXAMEN GENITOURINARIO:</b>					
<b>EXAMEN OSTEOARTICULAR:</b>					
<b>EXAMEN NEUROLÓGICO:</b>					
Es alérgico a:					
¿Toma habitualmente algún medicamento? ¿Cuál?					
<b>Medicamentos no prescritos: SÍ/NO</b>					
Estimulantes:					
Anabólicos:					
Esteroides:					
Otros:					
<b>2) RESUMEN HISTORIA CLÍNICA- Ha padecido o padece de: Completar con una X o con la información detallada cuando corresponda.</b>					
<b>ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES</b>					
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			
<b>ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES</b>					
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?					
<b>ENFERMEDADES PULMONARES</b>					
Disnea		Alergias vías Aéreas		Disfonías	
Resfríos a repetición		Bronquitis Repetidas		Ronquerías	



Tuberculosis		Asma		Expectoraciones con sangre
Neumonía		Sinusitis		Laringitis
<b>ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO</b>				
Enf. Del Estómago		Diarreas Frecuentes		Inapetencia
Úlceras		Vómitos-Náuseas		Vómitos con sangre
Hepatitis				
<b>ENFERMEDADES INFECCIOSAS</b>				
Hongos		Difteria		Parásitos
Paperas		Absesos		Supuración Oídos
Fiebre Reumático		Fiebres Prolongadas		
Escarlatina		Enf. Venéreas		
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS</b>				
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				
<b>ENFERMEDADES RENALES</b>				
Ardor al Orinar		Orina con sangre		Poliuría
Incontinencia		Orina con olor desagradable		Orina Turbia

<b>OTRAS ENFERMEDADES</b>				
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 a .....DNI 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.....