CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA

Fecha:...../...../.....

Apellido y Nombre…… D.N.I. Nº:.....Fecha Nacimiento: ...../...../.....

Edad:..... Sexo:..... O. Social:……En caso de emergencia contactar al teléfono.....

---

1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Cirugías: .....
Cardiovasculares: …….
Trauma c/ alt .funcional: ……
Alergias (especificar):……
……..
Oftalmológicos:…….
Auditivos:……..
Diabetes:……..
Asma:…….
Chagas:…… Hipertensión:……
Neurológico:……
Otros:…….

2. CONDICIONES DE RIESGO:…….....

…….

……..

3. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

…….

……..

……..

.

4-DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA

SUFRIÓ/ SUFRE	**SÍ**	**NO**
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		
Otros		

……

Firma Estudiante

Peso.....Talla.....

EXAMEN CARDIOVASCULAR

(adjuntar informe electrocard)

Arritmia:…….

Soplos……..

EXAMEN OSTEOARTICULAR- Adjuntar informe de placas Tórax, Columna Lumbosacra (frente y perfil) y Cervical (frente y perfil)

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup. .....

Miembros Inf. .....

EXAMEN PSICOLÓGICO

INFORME:……
……
……
……

……

Firma y sello del Médico Psicólogo

……

Firma y sello del Médico