

Datos Personales

Nombre y Apellido

DNI

Domicilio

Telef. para urgencias

Curso

División

Sistema Cardiovascular

Normal

Anormal

Pulsaciones

P/M

Observaciones:

¿Padece de Asma?

¿Es Alérgico?

Causas:

¿Es Diabético?

¿Insulino Dependiente?

¿Es Hipertenso?

¿Está medicado?

Medicamento/s que utiliza:

¿Tiene algún tipo de Hernia?

¿Cual?

Intervenciones Quirúrgicas Relevantes:

Estructura Ósea. Trastornos Traumatológicos u Ortopédicos

Columna

Normal

Anormal

Arco Plantal

Normal

Anormal

Esquinces

Región

Luxaciones

Región

Traumatismos Varios:

Observaciones:

Reconocimiento Médico

Medidas Antropométricas

Talla

Peso

%Normal

Obeso

Delgado

Alto

Bajo

Mediano

Para su edad

Recomendaciones del Tutor o Profesional

Certifico que el/la niño/a _____ de _____ años
de edad al momento del examen, _____ se encuentra apto para realizar para
realizar actividades físicas acordes a su edad.

Corrientes ____/____/____

Firma y sello del Profesional