

**Departamento de Educación Física****Reconocimiento Médico - Aptitud Física****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?

¿Cuál?

Intervenciones Quirúrgicas Relevantes:

**Estructura Ósea. Trastornos Traumatológicos u Ortopédicos**

Columna

Normal

Anormal

Arco Plantal

Normal

Anormal

Esguinces

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