

DEPARTAMENTO DE EDUCACION FÍSICA
RECONOCIMIENTO MEDICO – APTITUD FÍSICA

DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRES: D.N.I.:
DOMICILIO: TEL. PARA URGENCIAS:
CURSO: DIVISIÓN:

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

NORMAL: ANORMAL: PULSACIONES: P/M
OBSERVACIONES:
.....

¿PADECE DE ASMA?

¿ES ALÉRGICO? CAUSAS:

¿ES DIABÉTICO? ¿ES 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: REGION:
TRAUMATISMOS VARIOS:
OBSERVACIONES:
.....

RECONOCIMIENTO MEDICO:

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 actividades físicas acordes a su
a edad.*

CORRIENTES/...../.....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL