

CO STANCIA DE APTITUD FÍSICA			
Aellido y Nombre:			
Fecha Nac.:		D.N.I.:	
Domicilio:		Teléfono:	
e mail:			
Grupos anécdotos:		Talla:	
Factor:		Peso:	
		Padeció / Padece / Cuál?	
Enfermedades respiratorias: sinusitis – asma - otra			
Enfermedades cardíacas: congénitas – hipertensión - otra			
Enf. Metabólicas: diabetes – gota – hiper – hipotiroidismo otra			
Enf. Gastroenterológicas: celiacía – RG – gastritis – hepatitis - otra			
Enf. Urinarias: cistitis – infección urinaria otra			
Enf. Neurológicas: cefaleas – convulsiones – pérd. conocimiento - otra			
Enf. Osteoarticulares: escoliosis – cifosis lordosis – esguinces -otra			
¿Está cursando algún proceso infeccioso inflamatorio? ¿Cuál?			
¿Tuvo alguna operación? ¿Cuál?			
¿Fracturas?			
¿Ha tenido embarazos?			
¿Es alérgico? Si – No – A qué?			
¿Toma algún medicamento?			
¿Fuma? Si – No – ¿Cuánto?			
¿Consumo bebidas alcohólicas?			
¿Consumió o consume alguna sustancia? Cuál?			
¿Presentó o presenta trastornos alimenticios? Cuál?			
¿Ha padecido COVID? SI - NO cuántas veces?			
¿Ha sido vacunado contra COVID? SI – NO Especifique cual vacuna y cuántas dosis			
¿Ha padecido en fecha reciente: Hepatitis – Parotiditis – Tuberculosis – Otra?			
Ha recibido el plan de vacunación? Hepatitis? Antitetánica? Otra?			
Al no otra situación determinada por el médico:			
¿Tiene cobertura médica?		Nombre de la entidad a la que está afiliado:	
TE de Urgencia:			
Nombre del familiar al cuál notificar en caso de urgencia:			
Teléfonos de urgencia:			
<i>Por la presente certifico que el/la Sr./Srta.</i>			
<i>DNI:..... se encuentra APTO/Aparal realización de actividades físicas y deportivas para la carrera de Profesorado/ Licenciatura en Ed. Física.</i>			
<i>Declaro bajo juramento la veracidad de los datos expuestos.</i>			
LUGAR:			FECHA:
.....			
.....		
Firma y Aclaración del Estudiante		Firma y Aclaración del Médico	