

CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA

Apellido y Nombre:

Fecha Nac.:

D.N.I.:

Domicilio:

Teléfono:

e-mail:

Grupo sanguíneo:

Factor:

Peso:

Talla:

Padeció / Padece / Cuál?

Enfermedades respiratorias: sinusitis – asma - otra

Enfermedades cardíacas: congénitas – hipertensión - otra

Enf. Metabólicas: diabetes – gota – hiper o hipotiroidismo otra

Enf. Gastroenterológicas: celiacía – RGE – 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 o inflamatorio? ¿Cuál?

¿Tuvo alguna operación? ¿Cuál?

¿Fracturas?

¿Ha tenido embarazos?

¿Es alérgico? Si – No – A qué?

¿Toma algún medicamento?

¿Fuma? Si – No – ¿Cuánto?

¿Consume 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?

Alguna 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:

Por la presente certifico que el/la Sr./Srta.

DNI:..... se encuentra APTO/A para la realización de actividades físicas y deportivas para la carrera de Profesorado/ Licenciatura en Ed. Física.

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos expuestos.

LUGAR:

FECHA:

.....

.....
Firma y Aclaración del Estudiante Firma y Aclaración del Médico