



Colegio: Año que cursa:  
Apellido y Nombre: DNI: Sexo:  
Fecha Nac.:  
Domicilio:  
Localidad: Provincia: Código Postal:

La siguiente información es de suma importancia para el profesional que lo atiende.  
Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

**Antecedentes Personales:** Marque lo que corresponda.

En menores de 14 años, deberá ser completado obligatoriamente por los padre/s, madre/s, o tutor/es o responsable legal. En adolescentes de entre 14 y 18 años se recomienda que sea completado por padre/s, madre/s o tutor/es.

En caso que el adolescente concorra solo a la consulta podrá completar los datos solo, si conoce los antecedentes.

	Sí	No		Sí	No
Problemas Cardíacos			Afecciones auditivas		
Presión arterial elevada			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentos		
Obesidad			Otros problemas en los huesos o articulaciones		
Asma Bronquial			Cirugías		
Pérdida de conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Trastorno de sueños			Falta o no del funcionamiento de algún órgano		
Diabetes			par: riñón, ojos, testículo		
Alteraciones sanguíneas			Alergias		
En relación con el ejercicio alguna vez:			Tos crónica		
Desmayo			Alergia a algún medicamento		
Mareos			Consume vitaminas		
Dolores fuertes en el pecho			Problemas de piel		
Mayor cansancio que sus compañeros			Usa anteojos		
Palpitaciones			Enfermedad celíaca		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física					
Vacunación completa					
<b>Antecedentes familiares</b>					
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
Problemas cardíacos			Diabetes		
Presión arterial elevada			Colesterol elevado		
			Tos crónica		

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

..... / ..... / .....  
Fecha

.....  
Firmar de los padres, madres o tutores

.....  
Firma de alumno (14 a 18 años)

.....  
Aclaración

.....  
Aclaración

## Examen Físico

Anamnesis personalizado

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

Desmayos

Mareos

Dolor fuerte en el pecho

Mayor cansancio que sus compañeros

Palpitaciones

Dificultad para respirar durante o después de la actividad física:

Consumo de vitaminas, minerales, bebidas energizantes, suplementos

Consumo de alcohol, cigarrillos, otras sustancias

Peso	Pc ( )	Talla:	Pc ( )	IMC:	Pc
Examen bucodental	Caries: Sí / No		Ortodoncia fija: Sí / No Oclusión dental:		
Examen visual	OD:	IO:	Pupilas visión cromática		
Examen cardiovascular	Inspección: Auscultación: FC: TA: PC ( ) Pulsos humerales: Pulsos femorales:				
Examen respiratorio	Inspección:		Auscultación:		
Examen abdominal	Inspección:		Palpitación:		
Examen músculo esquelético	Actitud:	Postura:	Asimetría		
Movilidad articular	Cuello:		Tronco:		
Apoyo plantar	Extremidades superiores		Ext. inferiores		
Evaluación madurativa	Estado Tanner		Menarca	Ritmo Menstrual	
Observaciones: (detallar hallazgos)					
Indicaciones:					
Lugar y fecha:	Aclaración: Nº de matrícula:		Firma y sello del médico		

Dejo constancia que

..... DNI ..... de edad  
ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades deportivas acordes a su edad, sexo, estado madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

Observaciones:

..... / ..... / .....  
Fecha

.....  
Firma y sello del médico

**Me comprometo a notificar por escrito en el término de 24 hs a la escuela cualquier cambio de las condiciones del examen de salud y entregar en 5 días hábiles una nueva ficha médica.**