



EXAMEN DE SALUD

Dirección de Políticas de Salud Estudiantil U.N.L.P.

AÑO Y DIVISIÓN QUE CURSA.....
 APELLIDO Y NOMBRES.....DNI.....
 SEXO.....FECHA DE NACIMIENTO.....TELÉFONO.....
 DOMICILIO.....LOCALIDAD.....
 MAIL DE PADRES/TUTORES:.....

La siguiente información es de suma importancia para el Profesional que lo atiende:

Durante el examen físico se evaluará el estado clínico actual.

En menores de 14 años, deberá ser completado obligatoriamente por los padre/s, madre/s, tutores o responsables legales. En adolescentes de entre 14 y 18 años se recomienda que sea completado por madre/padre o tutor. En caso que el adolescente concorra solo a la consulta podrá completar los datos solo, si conoce los antecedentes

ANTECEDENTES PERSONALES, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Trastorno de sueño		
Diabetes		
Alteraciones sanguíneas		
Afecciones auditivas		
Fracturas-luxaciones-lesiones ligamentos		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedad infecciosa en los últimos 2 meses		
Falta o no del funcionamiento de algún órgano par (riñón, ojos, testículo...)		
Alergias		
Tos crónica		
Alergia a algún medicamento		
Consume vitaminas		
Problemas de piel		
Usa anteojos		
Enfermedad celíaca		
Vacunación completa		
ALGUNA VEZ EN RELACIÓN CON EL EJERCICIO		
Desmayo		
Mareos		
Dolores fuertes en el pecho		
Mayor cansancio que sus compañeros		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Muerte súbita en familiar directo menor de 50 años		
problemas cardíacos		
Presión arterial elevada		
Obesidad		
diabetes		
colesterol elevado		
tos crónica		

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

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.

Fecha...../...../.....-

.....

Firma y aclaración de Madre/Padre o tutor

.....

Firma y aclaración del alumno (14 a 18 años)

EXAMEN FÍSICO

EXAMEN BUCO DENTAL

	SI	NO
Caries		
Ortodoncia fija		
Oclusión dental		

.....
Lugar y fecha

.....
firma y sello del médico. Nº de matrícula

EXAMEN VISUAL

OD		
OI		
Pupilas visión cromática		

.....
Lugar y fecha

.....
firma y sello del médico. Nº de matrícula

Anamnesis personalizado

En relación con el ejercicio (durante o después). Ha padecido alguna vez:

	SI	NO
Desmayo		
Mareos		
Dolores fuertes 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 ()

.....
Lugar y fecha

.....
firma y sello del médico. Nº de matrícula

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	
Extremidades inferiores	

EVALUACIÓN MADURATIVA

Estado Tanner	
Menarca	
Ritmo menstrual	

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.

.....
fecha

.....
firma y sello del médico. Nº de matrícula