



Apellidos y Nombres:
 Tipo y N° de Doc.: Curso y División:
 Fecha de Nac.:/...../..... Edad:.....años
 Obra Social:.....
 Domicilio:
 Teléfono: Tel. para urgencias:

EXAMEN GENERAL: (N= Normal) (A= Anormal)

Peso			Talla		
Extremidades	N	A	Columna	N	A
Auscultación Cardíaca	N	A	Aparato Respiratorio	N	A
Tensión Arterial	N	A	Abdomen	N	A
Pulso	N	A	Zona Inguinal	N	A
Vista	N	A	Audición	N	A

ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS GENERALES (colocar SI – NO)

Diabetes		Crisis Asmáticas	
Fiebre Reumática		Síndrome Convulsivo	
Traumatismos		Cardiopatía Congénita	
Operaciones		Afecciones Alérgicas	
Enfermedades (Infecto-contagiosas)		Trastornos Alimentarios	
Limitación para hacer ejercicio		Otras	

En función de la respuesta anterior, especificar según corresponda:

¿De qué?.....
 ¿A qué?
 ¿Cuáles?

GRUPO SANGUÍNEO:

MEDICACIÓN PERMANENTE: SI – NO ¿Cuál?

OBSERVACIONES: (Información o comentarios que crea necesarios)

.....

VACUNACIÓN

¿Tiene todas las vacunas según el esquema Cronológico de Vacunaciones? NO SI

En caso de responder NO, indique cuales faltan

.....

Otras Vacunas

CERTIFICO QUE: se encuentra APTO/A para realizar actividades Físicas y Deportivas.

Mendoza /..... /.....

.....
 Firma y sello del profesional