



Examen Médico de Ingreso (completar únicamente por el Postulante)

La presente Ficha tiene carácter de Declaración Jurada

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección _____ Ciudad _____ Teléfono _____

En caso de emergencia avisar a:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono (Part.) _____ (T) _____

HISTORIA

Marque con un círculo las preguntas que no sabe la respuesta. Los "Sí" explíquelos al finalizar luego de la pregunta 15.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión desde su último chequeo médico o deportivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Tiene tendencia a toser, faltarle el aire o tener problemas respiratorios durante o después de una actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez, ha sido hospitalizado por más de una noche? ¿Alguna vez ha sometido a alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene Ud. asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está Ud. actualmente tomando algún tipo de medicamento prescripto o no por el medico o utilizando algún inhalador? ¿Ha tomado alguna vez algún tipo de vitaminas o suplementos para ayudarlo a ganar o perder peso o para mejorar rendimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Ha tenido alguna vez problemas con su visión o con sus ojos? ¿Usa Ud. lentes, lentes de contacto o protección ocular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene Ud. algún tipo de alergias? (Ej. El polen, medicinas, insectos o alguna comida) ¿Alguna vez ha tenido salpullido o urticaria durante o después de la práctica de algún ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Alguna vez ha sufrido de alguna torcedura, esguince, o lesión después de algún tipo de golpe? ¿Alguna vez se ha fracturado o quebrado algún hueso o luxación de alguna articulación? ¿Alguna vez ha tenido problemas de hinchazón o dolor con algún tendón, hueso, músculo o articulación? <i>Marque la zona afectada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se ha desmayado durante algún ejercicio? ¿Alguna vez se ha sentido mareado durante o después de la práctica de algún ejercicio? ¿Alguna vez ha tenido dolor de pecho durante o después de la práctica de algún ejercicio? ¿Se cansa más de lo normal o más que sus amigos durante el ejercicio? ¿Alguna vez ha tenido taquicardia? ¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta o colesterol elevado? ¿Alguna vez le han dicho que tiene un Sopro Cardíaco? ¿Algún miembro de su familiar ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido ataques cardíacos antes de los 50 años? ¿A tenido Ud. alguna infección viral grave (Ej., miocarditis o mononucleosis) en el último mes? ¿Alguna vez algún médico le ha prohibido o restringido la participación en los deportes por problemas cardíacos o algún otro problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Muslos <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Dedos <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene algún problema de piel actualmente? (Ej. Acné, salpullido, verrugas, hongos o ampollas?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez tuvo traumatismos de cráneo con lastimaduras o contusiones? ¿Alguna vez se ha desmayado, quedado inconsciente o haber tenido pérdida de la memoria? ¿Alguna vez ha tenido convulsiones? ¿Suele tener frecuentemente cefaleas intensas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Se siente estresado/a o deprimido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez se ha enfermado por realizar ejercicios en el calor? (Ej. Golpe de calor, insolación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Cuál fue la última fecha de la vacuna? Tétanos ____/____/____		
			15. Solamente Para Mujeres ¿A qué edad fue su primer menstruación? _____ ¿Cuándo fue la fecha de última menstruación? _____ ¿Cuánto tiempo transcurre entre el inicio de un período y el comienzo del siguiente? _____ ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido durante el último año? _____		

Explicaciones a las respuestas positivas:

¿Existe alguna otra razón por la que Ud. (su hijo) NO debería realizar actividad física y/o deportes?

Como resultado del cuestionario, soy completamente conciente que mis respuestas están completas y correctas.

Firma del Postulante _____

Fecha ____/____/____

EXAMEN MÉDICO

(a completar por el personal médico del Servicio Penitenciario)

Talla (descalzo) _____ Peso _____ IMC _____ TA _____/_____/_____ Pulso _____

<input checked="" type="checkbox"/> Significa normalidad		
	Normal	Detalles anormales
MÉDICA		
Apariencia	<input type="checkbox"/>	
Ojos/oídos/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	
Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/>	
Corazón (ritmo regular, sin soplos)	<input type="checkbox"/>	
Pulsaciones	<input type="checkbox"/>	
Pulmón	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	
Genitales (solo masculinos)	<input type="checkbox"/>	
Piel	<input type="checkbox"/>	
MUSCULOESQUELÉTICO		
Cuello	<input type="checkbox"/>	
Espalda	<input type="checkbox"/>	
Hombros y brazos	<input type="checkbox"/>	
Codo y antebrazo	<input type="checkbox"/>	
Muñeca y mano	<input type="checkbox"/>	
Cadera y glúteos	<input type="checkbox"/>	
Rodilla	<input type="checkbox"/>	
Pierna y tobillo	<input type="checkbox"/>	
Pie	<input type="checkbox"/>	
ODONTOLOGIA		
	<input type="checkbox"/>	

APROBACIÓN

Apto medico, goza de buena salud y puede realizar actividades físico-deportivas acordes a la edad, sexo y nivel de entrenamiento.

No apto médico

Razón: _____

Recomendaciones:

Nombre del médico _____ Fecha: ____/____/____.-

Dirección: _____ Teléfono: _____

Especialidad: _____

Firma y Sello del profesional: _____