Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe

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
1.	¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión desde su último chequeo médico o deportivo?	❑	❑
2.	¿Alguna vez, ha sido hospitalizado por más de una noche?	❑	❑
	¿Alguna vez ha sometido a alguna cirugía?	❑	❑
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?	❑	❑
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?	❑	❑
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 Soplo 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?	❑	❑
6.	¿Tiene algún problema de piel actualmente? (Ej. Acné, salpullido, verrugas, hongos o ampollas?	❑	❑
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?	❑	❑
8.	¿Alguna vez se ha enfermado por realizar ejercicios en el calor? (Ej. Golpe de calor, insolación)	❑	❑

		Sí	No
9.	¿Tiene tendencia a toser, faltarle el aire o tener problemas respiratorios durante o después de una actividad física?	❑	❑
	¿Tiene Ud. asma?	❑	❑
	¿Padece Ud. de algún tipo de alergia o gripe de estación que requiere de tratamiento médico?	❑	❑
10.	¿Ha tenido alguna vez problemas con su visión o con sus ojos?	❑	❑
	¿Usa Ud. lentes, lentes de contacto o protección ocular?	❑	❑
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? *Marque la zona afectada*	❑	❑
	❑ Cabeza ❑ Antebrazo ❑ Cadera		
	❑ Cuello ❑ Codo ❑ Muslos		
	❑ Espalda ❑ Muñeca ❑ Rodilla		
	❑ Pecho ❑ Manos ❑ Tobillo		
	❑ Hombro ❑ Dedos ❑ Pie ❑ Brazo		
12.	Fuma	❑	❑
13.	Se siente estresado/a o deprimido/a	❑	❑
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 ___/___/___