



Datos a completar por la Coordinación General de Deportes



Actividad a realizar: _____ Legajo: _____

FICHA MEDICA UNLaM 2023

DECLARACIÓN JURADA

DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO

Datos personales

Nombre y Apellido: _____ D.N.I.: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad ____

Tiene Obra Social: SI – NO Cual: _____

DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO

Medicamentos

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI – NO ¿Cuál? _____

¿Por qué enfermedad lo toma? _____

¿Posee la vacuna antitetánica? SI – NO

¿Es alérgico a algún medicamento? _____

Ficha de control médico

Peso ____ Talla ____ IMC ____ TA ____ Grupo Sanguíneo ____

Estudios realizados:

Estudios/Análisis	¿Si?	¿No?	Observación
1. Clínicos			
2. Eco cardiograma			
3. Ergometría			
4. RX Tórax			
5. Otras			

Considera detallar alguna observación: _____

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

Patologías / Antecedentes	Si	No	Observación
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Usa anteojos o lentes de contacto			
7. Afecciones osteomioarticulares			
8. Sufre de trastornos neurológicos			
9. Fuma / toma alcohol			
10. Tuvo COVID-19 / ¿cuándo?			
11. Ha recibido la vacuna contra el COVID-19?			1 DOSIS <input type="checkbox"/> 2 DOSIS <input type="checkbox"/> 3 DOSIS <input type="checkbox"/> 4 DOSIS <input type="checkbox"/> 5 DOSIS <input type="checkbox"/>

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE EL/LA SR. /SRA _____

DNI _____ SE ENCUENTRA “APTO” PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

- * Debe estar completo todos los ítems.
- * la matrícula medica debe ser legible y poseer fecha.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Fecha: ____/____/____