

Para el departamento médico es de gran importancia que se completen los ítems requeridos, sin obviar ningún dato positivo:

- ¿Tuvo o tiene ud. alguna de las siguientes afecciones o signos clínicos?

Enfermedad o Signos	Si	No	¿Cuándo?
Soplos Cardíacos			
Presión Alta			
Anginas a repetición			
Otitis a repetición			
Epistaxis a repetición			
Asma o Broncoespasmos			
Alergia			
Alteraciones de la Visión			
Problemas Auditivos			
Pérdida de Peso			
Infecciones Urinarias			
Enfermedades Renales			
Convulsiones			
Escoliosis			
Diabetes			
Operaciones (¿Cuáles?)			
Enfermedades Infectocontagiosas *			

* Varicela, Rubeola, Paperas, Sarampión, Mononucleosis, Hepatitis A, B, entre otras.

- ¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento? SI NO

- ¿Cuál/es y por qué?

- ¿Tiene **CONTRAINDICADA** alguna medicación? SI NO

- ¿Cuál/es y por qué?

- Algún comentario que desee realizar en relación a su salud:

.....

.....

.....

.....

.....

Constancia de Apto Médico realizado por médico de cabecera en el año
2016

Se deja constancia que..... DNI N°.....
de años de edad, luego de haber sido examinado clínicamente en el día de la fecha, se
encuentra en condiciones de realizar actividades físicas de tipo recreativas, que correspondan a
su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

.....
Firma y sello del médico.

Fecha:...../...../.....

Constancia de Apto Cardiológico (solo para ser firmado por especialistas
en cardiología o deportología)

Examen Cardiovascular:

Electrocardiograma (ECG):

Prueba Ergométrica Graduada:

Ecocardiograma doppler (al ingreso y según criterio médico)

.....
Firma y sello del médico

Fecha:...../...../.....

Para completar el alumno - egresado

- Dejo constancia que los datos consignados son veraces y completos.

.....
Firma del alumno / egresado - Aclaración.