



APELLIDO Y NOMBRE:			DNI/PASAPORTE:		
MAIL (particular o UNC):			CELULAR:		
DOMICILIO:			LOCALIDAD:		
LUGAR DE NAC.:	FECHA DE NAC.: / /		EDAD:	SEXO ASIGNADO AL NACER: M F I	
OBRA SOCIAL:	SI	NO	¿Cuál?		N° de afiliación:
PERSONA DE CONTACTO (para llamar en caso de emergencias): Nombre y apellido: Relación: Celular:				DEPORTE/S a realizar:	
				IDENTIDAD DE GÉNERO: HOMBRE CIS <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANS <input type="checkbox"/> MUJER CIS <input type="checkbox"/> MUJER TRANS <input type="checkbox"/> NO BINARIA <input type="checkbox"/> OTRA: <input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLÓGICOS (Enfermedades):					
MEDICACIÓN DIARIA (anticonceptivos, suplementos, proteínas, etc):		SI	NO	¿Cuál/es?:	
ALÉRGICOS:	SI	NO	¿Cuál/es?:		TRAUMATOLÓGICOS:
		SI	NO	¿Cuál/es?:	
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:	SI	NO	CIRUGÍAS:		SI
		SI	NO	¿Cuál/es?:	

HÁBITOS / CONSUMOS

SUEÑO REPARADOR:	SI	NO	N° De horas:	TABACO		ALCOHOL FRECUENTE:	SI	NO	OTRAS SUSTANCIAS:	SI	NO
ALIMENTACIÓN ADECUADA:	SI	NO	comidas/día:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Edad inicio:			Edad de inicio:		
OBSERVACIONES:				Edad inicio:		Episodios de abuso:	SI	NO	¿Repercusiones?	SI	
				N° cig/día:				¿Cuál/es?		SI	

ANTECEDENTES FAMILIARES (padre/madre/hermanos/abuelos)

DIABETES	OBESIDAD	CARDIOVASCULAR (Hipertensión, infartos)	CÁNCER O TUMORES	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	ALCOHOL, DROGAS, ETC.
SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ
DISLIPEMIAS (Colesterol)	CHAGAS	RESPIRATORIOS (EPOC, asma, etc)	ENDÓCRINOS (Hipotiroidismo)	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	OTROS:.....	
SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	

EXAMEN FÍSICO Y VACUNAS

PESO:	FC:	AGUDEZA VISUAL:	VACUNAS:		¿Hipoacusia y/o zumbidos en oídos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TALLA:	SO2:	Usa lentes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HEPATITIS B:	COVID 19:	
IMC:	TA:	OD: /10	ANTITÉTANICA:	Fecha próx. antitetánica:.....	
		OI: /10	TRIPLE/DOBLE VIRAL:	CARNET COMPLETO?	SI
ASPECTO GENERAL:	CARDIOVASCULAR:	RESPIRATORIO:	ABDOMINAL Y GENITOURINARIO:		SOMA Y COLUMNA:
NEUROLÓGICO:	R1: SOPLOS: PP +:	MV+: BEBA: RSA:	BLANDO DEPRESIBLE: DOLOROSO: MEGALIAS:	HERNIAS: MASAS: PUNTOS RU: PUÑOPERC:	SIMETRÍA: FUERZA: LIMITACIÓN A LA MOVILIDAD:
					ADAMS: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
OBSERVACIONES:.....					GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

LABORATORIO (si corresponde según algoritmo, pedir citológico, plaquetas, glucemia y creatinina):	¿Dentro de parámetros normales?	SI	NO
Fecha: / / Observaciones:			
ELECTROCARDIOGRAMA (si corresponde según algoritmo):	¿Dentro de parámetros normales?	SI	NO
Fecha: / / Observaciones:			
ERGOMETRÍA (si corresponde según algoritmo):	¿Dentro de parámetros normales?	SI	NO
Fecha: / / Observaciones:			
FONDO DE OJOS (ANUAL, obligatorio para boxeo):	¿Dentro de parámetros normales?	SI	NO
Fecha: / / Observaciones:			
RUGBY: presentar por única vez los estudios realizados al iniciar la práctica (protocolo UAR) o realizarlos	¿Dentro de parámetros normales?	SI	NO
Fecha: / / Observaciones:			

ACLARACIÓN: Se deben enviar por mail TODOS los estudios. Sin excepción.

VALIDEZ APTO DEPORTIVO POR 1 AÑO: <input type="checkbox"/> NO APTO: <input type="checkbox"/>	VALIDEZ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA PRACTICAR DEPORTE DENTRO DEL ÁMBITO UNC	FECHA:	
SUGERENCIAS:		FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA Y SELLO MÉDICO/A