

APTO MÉDICO

Para presentar ante la
Dirección de Deportes_SAE_UNC.

1 de 2

Espacio
Fotografía

Actividad Deportiva:

1) Datos personales:

Apellido:..... Nombres: Edad:..... Fecha Nac.:...../...../.....
Lugar Nac.: Sexo: F - M. Estado Civil: S - C - V - Se. Hijos: NO - SI (cuántos.....). DNI.Nº.....
Dom. Act.:..... N°..... Dp:..... P:..... Bº:..... Ciu:..... Pcia:..... Te.Nº:.....
Facultad o Dependencia:..... Año / cursa:..... Ingreso UNC:...../...../..... E-Mail:.....
Trabaja: SI- NO - Oficial - Privado - Beca - Otro. Tipo de tarea:..... Horario:..... O.Social: NO - SI, Cual:.....

2) Antecedentes Deportivos:

Categoría: Recreativo - Amateurs - Profesional - *Desde que edad..... *Federado: SI - NO.
Deportes:..... As o Fede en la que compite:..... desde:...../...../.....
Entrena: días / se:..... +hs / días..... Con entrenador autorizado: SI - NO. *Con Sanidad: SI - NO.
+ Observaciones:.....

3) Antecedentes Familiares Patológicos:

¿Viven?) Padre: SI - NO. Madre: SI - NO. Hermanos vivos:..... Hijos: NO - SI, cuantos:..... Si están Fallecidos, causa:.....
Algún familiar consanguíneo ha tenido: Muerte súbita (antes de los 55 años) quién?:..... Edad:..... Circunstancias:.....
Enfermedades: Congénitas Alérgicas Psiquiátricas Diabetes Cardiopatías Hipertensión Arterial Chagas Epilepsia Tumorales
Otras Enfermedades:.....

4) Antecedentes Personales Patológicos (preexistentes). Tildar lo que corresponda:

Enf. de la infancia Otitis Anginas Fiebre Reumática Fracturas Luxaciones Esguinces Artrosis Mareos Epilepsia
Dolores de Cabeza Convulsiones Pérdida del Conocimiento Hepatitis Diabetes Hiper. Arterial Soplos Cardíacos Operaciones
Enfermedades de: Chagas Genito-Sexuales Neurológicas Psiquiátricas Cardíacas del Hígado de la Sangre de los Intestinos
Congénitas Obesidad Bulimia Anorexia +Prolapsos: rectales genitales Hemorroides
Adictivas: alcohol Tabaco Fármacos otros :.....+Recibió Transf. de Sangre: NO - SI, fecha:...../...../.....
Causa de la Transf.:..... Tatujes: NO - SI, fecha:...../...../..... Está bajo tratamiento médico?.....
Por qué patología?..... Toma medicamentos?..... Cuáles?.....
Estuve internado en el último año SI - NO; *Otras enfermedades:.....

El presente formulario reviste carácter de Declaración Jurada. La omisión o inexactitud de estas declaraciones responsabilizan directamente al deportista, o padre o tutor si es menor de edad; liberando de toda responsabilidad jurídica al Profesional actuante y a la Dirección; declarando bajo fe de juramento que los datos que anteceden dados por mí, son verídicos y correctos; me comprometo a informar de cualquier enfermedad o lesión que pueda interferir en el desarrollo de la práctica deportiva federada o cualquier otra actividad física representando o en el ámbito de la UNC.

* Es indispensable que las firmas se realicen en presencia del Médico, docente de Cátedra o administrativo de la Dirección

.....
Firmas del deportista - alumno o Padre - Tutor, Aclaración y DNI

Antecedentes para prevención de muerte súbita

Historia familiar	Historia personal	Examen físico
Muerte súbita cardíaca prematura	Solo cardíaco	Soplo cardíaco (de pie y acostado)
Enfermedad cardíaca en paciente vivo menor de 50 años (Marfan - QTL - MCH - Arritmia)	Hipertensión arterial	Pulsos femorales anormales
	Fatiga	MARFAN (estigmas)
	Síncope o Pre-síncope	Tensión arterial
	Disnea excesiva o inexplicada para el esfuerzo	
	Dolor pre cordial en esfuerzo	

Sugerimos:

Federados: EMMAC. Mayores de 14 años: Ergometría y laboratorio. Menores de 14 años: Electro y laboratorio.



Universidad
Nacional
de Córdoba



Secretaría
de Asuntos
Estudiantiles



Deportes,
Recreación
y Vida Sana



DIRECCIÓN DE
DEPORTES / UNC

5) Antecedentes personales Fisiológicos y Generales

Nacido de Parto:..... Cesárea:..... Tipo Constitu:..... Gr. Sang.:..... Actitud:..... Marcha:.....
Alteraciones en *Adaptación al Medio:..... Convive con:..... Hábitos alimentarios y fisiológicos:.....

6) Antropometría

Peso:..... Talla:..... IMC:..... Bajo Normal Sobrep. Obe.I *Enverg.:..... Otros:.....
< de 19 años. (Fed.) Perc. de peso:..... Perc. de talla:..... Ind. Pondo est.:..... Enverg.:..... T. Diana:..... Otros:.....

7) Ex. Oftalmológico

(s/c) * O.D.:...../..... * O.I.:...../..... VisCromática:..... C.Vi:..... Corrección: No - Si, causa:.....

8) Ex. Odontológico

Piezas dentales faltantes: Si - No. Cariadas: Si - No. Requiere tratamiento: Si - No. Prótesis: Si - No.

9) Análisis de sangre:

G.R.:..... G:B:.....+ (Hem:.....) +Glucemia:..... + ColesterolemiaT:..... +Uremia:.....
+Creatininemia:..... +Orina:..... Donde y quién efectuó la práctica:.....

10) Exámen Clínico cardiovascular

Tórax y respiratorio: tensión Arterial:...../..... Frec. de latidos:.....X mi Br. No Ta Ob.:.....
* Ruidos cardíacos:..... Pulsos periféricos:..... Ob.:.....

Torax:..... Aus. Pulmonar:..... Fcia. Resp.:...../ x. mi. * Normal Disneico Deprimido

E.C.G. de esfuerzo: Protocolo y trazado:.....

Conclusiones:..... Quién efectuó la práctica:.....

Ob.:.....

11) Aparato digestivo y abdomen:

12) Ex. Clínico Renal:.....

13) Ex. Clínico Neurológico:.....

Ob. generales:.....

14) Exámen Clínico de genitales

A) Varones: Testículos:..... Escroto:..... Hab. de prot. Sex.:..... Enfermedades:.....

B) Mujeres: Menarca:..... Ciclos:..... Amenorreas:..... Mama: D.:..... I.:.....

Embarazos:..... Hijos:..... Abortos:..... Toma de anticonceptivos:..... Háb. de prot. sex:.....

Enfermedades:.....

15) Ex. Osteomioarticular

Cabeza y Cuello:.....

M.Supe:.....

Hombros:.....

Col. Vertebral C:..... D:.....

..... LS:.....

Cadera:.....

M.Inf:.....

Muslos:.....

Rodillas:.....

Piernas:.....

Tobillos:.....

Musculatura:.....

Ob.:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Escoliosis



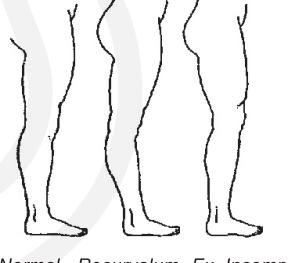
Lordosis lumbar



Cifosis dorsal



Luxación antero-interna del hombro

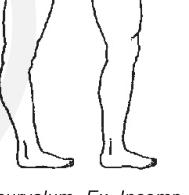


Valgus

Varus



Normal Recurvatum



Ex. Incomp.

16) Conclusiones (por antecedentes personales patológicos, referencias del anverso y evaluación clínica)

A) Se debe derivar, solicitar estudios o tratar por causas:.....

B) Apto No Apto para actividades: recreativas recreativas-competitivas y/o deportes federados

Ob.:.....

Lugar y Fecha:.....

Firma y Sello Médico



Universidad
Nacional
de Córdoba



Secretaría
de Asuntos
Estudiantiles



Deportes,
Recreación
y Vida Sana



DIRECCIÓN DE
DEPORTES / UNC