



APELLIDO Y NOMBRE:		DNI/PASAPORTE:	
MAIL 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 HOMBRE TRANS MUJER CIS MUJER TRANS NO BINARIA OTRA:

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 NO ¿Cuál/es?:

HÁBITOS / CONSUMOS			
SUEÑO REPARADOR:	SI NO	N° De horas:	TABACO
ALIMENTACIÓN ADECUADA:	SI NO	comidas/día:	SI NO
OBSERVACIONES:		Edad inicio: N° cig/día:	ALCOHOL FRECUENTE: SI NO Edad inicio: Episodios de abuso: SI NO
			OTRAS SUSTANCIAS: SI NO Edad de inicio: ¿Repercusiones? ¿Cuál/es?: SI NO

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES						
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:
TALLA:	SO2:	Usa lentes: SI NO OD: ..... /10 OI: ..... /10	HEPATITIS B: SI NO ANTITÉTANICA: SI NO TRIPLE/DOBLE VIRAL: SI NO
IMC:	TA:		COVID 19: SI NO Fecha próx. antitetánica: ..... CARNET COMPLETO? SI NO
ASPECTO GENERAL:	CARDIOVASCULAR:	RESPIRATORIO:	ABDOMINAL Y GENITOURINARIO:
NEUROLÓGICO:	R1: SOPLOS: SI NO PP +: SI NO	MV+: SI NO BEBA: SI NO RSA: SI NO	BLANDO: SI NO DOLOROSO: SI NO MEGALIAS: SI NO
	R2: SI NO	HERNIAS: SI NO MASAS: SI NO PUNTOS RU: SI NO PUÑOPERC: SI NO	SOMA Y COLUMNA: SIMETRÍA: SI NO FUERZA: SI NO LIMITACIÓN A LA MOVILIDAD: SI NO
OBSERVACIONES:.....			ADAMS + - GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	
LABORATORIO (si corresponde según algoritmo, pedir citológico, plaquetas, glucemia y creatinina): Fecha: / / Observaciones:	¿Dentro de parámetros normales? SI NO
ELECTROCARDIOGRAMA (si corresponde según algoritmo): Fecha: / / Observaciones:	¿Dentro de parámetros normales? SI NO
ERGOMETRÍA (si corresponde según algoritmo): Fecha: / / Observaciones:	¿Dentro de parámetros normales? SI NO
FONDO DE OJOS (ANUAL, obligatorio para boxeo): Fecha: / / Observaciones:	¿Dentro de parámetros normales? SI NO
RADIOGRAFÍA CERVICAL (con informe de índice de Torg-Pavlov, obligatorio para rugby M15 y M18): Fecha: / / Observaciones:	¿Dentro de parámetros normales? SI NO

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