

# Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe

## Examen Médico de Ingreso (completar únicamente por el Postulante)

La presente Ficha tiene carácter de Declaración Jurada

### DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia avisar a:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono (Part.) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_

### HISTORIA

Marque con un círculo las preguntas que no sabe la respuesta. Los "Sí" explíquelos al finalizar luego de la pregunta 15.

**Sí      No**

**Sí      No**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 1. ¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión desde su último chequeo médico o deportivo?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>9.</b>  | ¿Tiene tendencia a toser, faltarle el aire o tener problemas respiratorios durante o después de una actividad física?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Alguna vez, ha sido hospitalizado por más de una noche?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ¿Tiene Ud. asma?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha sometido a alguna cirugía?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ¿Padece Ud. de algún tipo de alergia o gripe de estación que requiere de tratamiento médico?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está Ud. actualmente tomando algún tipo de medicamento prescripto o no por el médico o utilizando algún inhalador?                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>10.</b> | ¿Ha tenido alguna vez problemas con su visión o con sus ojos?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tomado alguna vez algún tipo de vitaminas o suplementos para ayudarlo a ganar o perder peso o para mejorar rendimiento?            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ¿Usa Ud. lentes, lentes de contacto o protección ocular?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene Ud. algún tipo de alergias? (Ej. El polen, medicinas, insectos o alguna comida)  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>11.</b> | ¿Alguna vez ha sufrido de alguna torcedura, esguince, o lesión después de algún tipo de golpe?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido salpullido o urticaria durante o después de la práctica de algún ejercicio?                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ¿Alguna vez se ha fracturado o quebrado algún hueso o luxación de alguna articulación?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez se ha desmayado durante algún ejercicio?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ¿Alguna vez ha tenido problemas de hinchazón o dolor con algún tendón, hueso, músculo o articulación? <i>Marque la zona afectada</i>  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez se ha sentido mareado durante o después de la práctica de algún ejercicio?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | <b>Cabeza</b> <input type="checkbox"/> <b>Antebrazo</b> <input type="checkbox"/> <b>Cadera</b><br><b>Cuello</b> <input type="checkbox"/> <b>Codo</b> <input type="checkbox"/> <b>Muslos</b><br><b>Espalda</b> <input type="checkbox"/> <b>Muñeca</b> <input type="checkbox"/> <b>Rodilla</b><br><b>Pecho</b> <input type="checkbox"/> <b>Manos</b> <input type="checkbox"/> <b>Tobillo</b><br><b>Hombro</b> <input type="checkbox"/> <b>Dedos</b> <input type="checkbox"/> <b>Pie</b> <input type="checkbox"/> <b>Brazo</b> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido dolor de pecho durante o después de la práctica de algún ejercicio?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>12.</b> | Fuma  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Se cansa más de lo normal o más que sus amigos durante el ejercicio?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>13.</b> | Se siente estresado/a o deprimido/a   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido taquicardia?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>14.</b> | ¿Cuál fue la última fecha de la vacuna?<br>Tétanos ____ / ____ / ____   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta o colesterol elevado?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>15.</b> | <b>Solamente Para Mujeres</b>   |   |
| ¿Alguna vez le han dicho que tiene un Soplo Cardíaco?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | ¿A qué edad fue su primer menstruación?   |   |
| ¿Algun miembro de su familiar ha muerto por problemas cardíacos o ha tenido ataques cardíacos antes de los 50 años?                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>12.</b> | ¿Cuándo fue la fecha de última menstruación?  |   |
| ¿A tenido Ud. alguna infección viral grave (Ej., miocarditis o mononucleosis) en el último mes?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>13.</b> | ¿Cuánto tiempo transcurre entre el inicio de un período y el comienzo del siguiente?  |   |
| ¿Alguna vez algún médico le ha prohibido o restringido la participación en los deportes por problemas cardíacos o algún otro problema? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>14.</b> | ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido durante el último año?  |   |
| 6. ¿Tiene algún problema de piel actualmente? (Ej. Acné, salpullido, verrugas, hongos o ampollas?)                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | <b>Explicaciones a las respuestas positivas:</b>  |   |
| 7. ¿Alguna vez tuvo traumatismos de cráneo con lastimaduras o contusiones?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | _____<br>_____<br>_____   |   |
| ¿Alguna vez se ha desmayado, quedado inconsciente o haber tenido pérdida de la memoria?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |   |   |
| ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |   |   |
| ¿Suele tener frecuentemente cefaleas intensas?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |   |   |
| 8. ¿Alguna vez se ha enfermado por realizar ejercicios en el calor? (Ej. Golpe de calor, insolación)                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |   |   |

¿Existe alguna otra razón por la que Ud. (su hijo)  
NO debería realizar actividad física y/o deportes?

Como resultado del cuestionario, soy completamente consciente que mis respuestas están completas y correctas.

Firma del Postulante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe

## EXAMEN MÉDICO

(a completar por el personal médico del Servicio Penitenciario)

Talla (descalzo) \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/> Significa normalidad		Normal	Detalles anormales
<b>MÉDICA</b>			
Apariencia	<input type="checkbox"/>		
Ojos/oídos/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>		
Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/>		
<b>Corazón (ritmo regular, sin soplos)</b>	<input type="checkbox"/>		
Pulsaciones	<input type="checkbox"/>		
Pulmón	<input type="checkbox"/>		
Abdomen	<input type="checkbox"/>		
Genitales (solo masculinos)	<input type="checkbox"/>		
Piel	<input type="checkbox"/>		
<b>MUSCULOESQUÉLÉTICO</b>			
Cuello	<input type="checkbox"/>		
Espalda	<input type="checkbox"/>		
Hombros y brazos	<input type="checkbox"/>		
Codo y antebrazo	<input type="checkbox"/>		
Muñeca y mano	<input type="checkbox"/>		
Cadera y glúteos	<input type="checkbox"/>		
Rodilla	<input type="checkbox"/>		
Pierna y tobillo	<input type="checkbox"/>		
Pie	<input type="checkbox"/>		
<b>ODONTOLOGÍA</b>			
	<input type="checkbox"/>		

## APROBACIÓN

Apto medico, goza de buena salud y puede realizar actividades físico-deportivas acordes a la edad, sexo y nivel de entrenamiento.

No apto médico

Razón: \_\_\_\_\_

Recomendaciones:

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.-

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del profesional: \_\_\_\_\_