

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"/> | 9. ¿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 medico o utilizando algún inhalador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. ¿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"/> | 11. ¿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"/> | <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Cadera | | |
| ¿Alguna vez ha tenido dolor de pecho durante o después de la práctica de algún ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Muslos | | |
| ¿Se cansa más de lo normal o más que sus amigos durante el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Rodilla | | |
| ¿Alguna vez ha tenido taquicardia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Tobillo | | |
| ¿Alguna vez ha tenido presión arterial alta o colesterol elevado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Dedos <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Brazo | | |
| ¿Alguna vez le han dicho que tiene un Soplo Cardíaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Fuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Algún 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"/> | 13. Se siente estresado/a o deprimido/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿A tenido Ud. alguna infección viral grave (Ej., miocarditis o mononucleosis) en el último mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Cuál fue la última fecha de la vacuna? Tétanos ____ / ____ / ____ | | |
| ¿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"/> | 15. Solamente Para Mujeres | | |
| 6. ¿Tiene algún problema de piel actualmente? (Ej. Acné, salpullido, verrugas, hongos o ampollas?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿A qué edad fue su primer menstruación? _____ | | |
| 7. ¿Alguna vez tuvo traumatismos de cráneo con lastimaduras o contusiones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuándo fue la fecha de última menstruación? _____ | | |
| ¿Alguna vez se ha desmayado, quedado inconsciente o haber tenido pérdida de la memoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuánto tiempo transcurre entre el inicio de un período y el comienzo del siguiente? _____ | | |
| ¿Alguna vez ha tenido convulsiones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido durante el último año? _____ | | |
| ¿Suele tener frecuentemente cefaleas intensas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Explicaciones a las respuestas positivas: | | |
| 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 conciente 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		
MÉDICA		
Apariencia	<input type="checkbox"/>	
Ojos/oídos/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	
Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/>	
Corazón (ritmo regular, sin soplos)	<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"/>	
MUSCULOESQUELÉTICO		
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"/>	
ODONTOLOGIA		
	<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: _____