



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

Responda las siguientes preguntas con Si o No. Si la respuesta es Si, justifique al finalizar en el inciso 15.

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