



APTITUD FÍSICA

Presentar original para registro de la Institución y una copia para el interesado

| | | | |
|--|---|---|--|
| DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO | Datos personales | Relación con Universidad Champagnat <input type="checkbox"/> ALUMNO <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Personal de apoyo académico/ administrativo | |
| | Apellido y Nombre | Ocupación | |
| | Domicilio | Nº de documento: Registro alumno / legajo: | |
| | Teléfono fijo Celular | Email | |
| | Fecha de nacimiento | Grupo sanguíneo RH | |
| | Nombre de un contacto en caso de emergencia | Inmunizaciones Antitetánica (+) (-) Antigripal (+) (-) | |
| | Teléfono fijo Celular | | |

| | |
|--|---|
| DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO | Alimentación Tipo de dieta..... Restricciones. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál/es? |
| | Actividad física y/o deporte actual SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Frecuencia (Cuántos estímulos semanales) Intensidad (1 a 10) Duración (Cuántas horas dura cada estímulo) |
| | Alergias: Medicación actual..... Resultados: |
| | Patologías conocidas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál/es?..... |
| | Cirugías recientes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál/es?..... Complicaciones: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?Otros..... |
| | Conductas adictivas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tabaco SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántos diarios?..... Alcohol SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántos semanales?..... Psicofármacos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? Otras. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?..... |



**EXAMEN FÍSICO ORIENTADO A LA PRÁCTICA DEPORTIVA / ACTIVIDAD FÍSICA
(ESTADO ACTUAL)**

Estado general: BUENO REGULAR MALO

Estado Nutricional: Peso Talla IMC % Tejido adiposo

Morfotipo: Endomórfico Mesomórfico Ectomórfico

Aparato locomotor Lesiones recientes SI NO ¿Cuáles?

Resultados de Pruebas funcionales evaluadas

Equilibrio

Fuerza

Flexibilidad

Otras.....

Sistema respiratorio Resp/min Disnea SI NO
Murmulo vesicular Ruido laringotraqueal Ruido Bronco vesicular Voz

Ruidos agregados.....Otros fenómenos.....

Sistema cardiovascular FC: PA: Ruidos

Latidos precordiales:

Soplos:

Edema MMII

SI NO

ECG/ERGO/ECO:

Descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme durante la noche? Medicación para dormir SI NO

Sueño reparador SI NO ¿Le cuesta conciliar el sueño? SI NO

Se despierta durante la noche SI NO Apnea nocturna SI NO

Limitaciones para realizar ejercicio físico SI NO

¿Cuáles?

Estudios complementarios realizados en la consulta

Resultados de Estudios complementarios traídos por el paciente

Estudios complementarios solicitados

Se hace constar que**DNI:**

Se encuentra: apto/a no apto/a apto/a condicional

Para realizar actividades físicas:

recreativas competitivas gimnasio de acuerdo a edad.

En caso de necesidad: Nombre y firma del adulto responsable.....

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Fecha, firma y sello del Médico interviniente