

ADULTOS · CERTIFICADO AMPLIADO DE SALUD

Apellido y nombres			DNI	
Fecha de nacimiento	/	/	Edad	Obra social
Domicilio actualizado			Nº de afiliado	
Disciplina / deporte			Teléfono	

EXAMEN GENERAL

Peso	FC	Examen bucodental		
Talla	TA	Usa lentes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
IMC	Pulsos periféricos	Usa audífonos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

VACUNACIÓN

Doble adultos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha	/	/	Hepatitis B	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha	/	/
Otras	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?			Fecha	/	/			

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Familiares con muerte súbita	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. respiratorias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. metabólicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. cardiovasculares	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. articulares	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. neurológicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enf. gastroenterológicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cirugías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Desmayo / síncope	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tabaquismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alcoholismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS QUE RECIBE ACTUALMENTE

--

OBSERVACIONES

Considera necesario indicar estudios, previo a la realización de la actividad física	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
¿Cuáles?	ECG <input type="checkbox"/>	Ergometría <input type="checkbox"/>	TAC <input type="checkbox"/>	RNM <input type="checkbox"/>	Laboratorio <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Se deja constancia de haber atendido a _____ quien, de acuerdo al examen físico realizado en el día de la fecha a las _____ hs aparece en condiciones de salud adecuadas para realizar actividad física habitual de tipo recreativa y/o deportiva **no competitiva ni de alto rendimiento**, acorde a su edad, sexo y capacidades.