



CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD PARA COPA JUJUY

A LLENAR POR PROFESIONAL MÉDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO. PARA
ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA y ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

FECHA:...../...../..... D.N.I.Nº:.....
.....Apellido y Nombres:

Fecha Nacimiento:/...../..... Edad:..... Sexo:..... Lugar de nacimiento:.....

Domicilio:..... Localidad:..... Tel:.....

Establecimiento Educativo:

ANTECEDENTES:

1. VACUNACIONES

	SI	NO
Carnet		
Completo		

DEBE COMPLETAR ESQUEMA CON:

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

Enfermedades Importantes:

Cirugías:

Cardiovasculares

Trauma c/alt.funcional:

Alérgicos (especif)

Oftalmológicos

Auditivos

Diabetes Asma

Chagas Hipertensión Neurológico

Otras

3. CONDICIONES DE RIESGO

4. MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS:

5. DURANTE ACTIVIDAD FÍSICA PREVIA SUFRIÓ:

Cansancio extremo.....

Falta de aire

Pérdida de conocimiento

Palpitaciones

Precordialgias

Cefaleas.....

Vómitos

Otros:

EXÁMEN FÍSICO

Peso.....Talla.....IMC.....

Diagnóstico Antropométrico:.....

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

Auscultación:.....

Arritmia:.....

Soplos

Tensión Art

EXAMEN RESPIRATORIO.....

EXAMEN OSTEOARTICULAR

Columna Nor. Cif. Lord. Esc.

Miembros Sup.

Miembros Inf.

Hago constar que.....se encuentra en condiciones para realizar actividades deportivas de exigencia, la realización de actividades físicas curriculares y lo establecido en la Resolución M.S. 57 de acuerdo al examen clínico actual.

ESTA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL DEBE PERMANECER EN CUSTODIA Y CONSERVACIÓN LEGAL DE LA DIRECCIÓN DE DEPORTES, Y LA COPIA EN PODER DEL RESPONSABLE LEGAL DEL ALUMNO O JUGADOR.

NOTIFICADO:

.....
Firma del padre y madre/ Tutor

.....
Firma y sello del médico