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 Nombre:.....
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, la realización de actividades físicas curriculares y lo establecido en la Resolución M.S. 57 de acuerdo al exámen 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 / madre/ Tutor

Firma y sello del médico