

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

### DATOS PERSONALES

APELLIDOS: ..... NOMBRES: .....  
 D.N.I.: ..... FECHA DE NACIMIENTO: ..... EDAD: ..... SEXO: .....  
 DIRECCION: ..... TEL. PART: .....  
 CEL: ..... TEL URGENCIAS: ..... E-MAIL: .....  
 CURSO: ..... TURNO: ..... SANGRE (Tipo y Factor) .....

### EXAMEN FÍSICO

(A llenar por el Profesional Médico)

#### MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

TALLA: ..... PESO: .....

#### INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

CORAZÓN ..... APÉNDICE ..... HERNIAS ..... OTROS .....  
 OBSERVACIONES .....

#### ENFERMEDADES CONTRAÍDAS

VARICELA	PAPERAS	SARAMPION	HEPATITIS	ASMA	DENGUE	COVID - 19
SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO

CARDÍACAS: .....	SISTEMA RESPIRATORIO: .....
------------------	-----------------------------

OBSERVACIONES: .....

#### ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID-19:

DOSIS APLICADAS	1º DOSIS	2º DOSIS	3º DOSIS	4º DOSIS
NOMBRE DE LA VACUNA				
FECHA DE APLICACIÓN				

#### ESTRUCTURA ÓSEA, TRASTORNOS TRAUMATOLÓGICOS U ORTOPÉDICOS

COLUMNA:	ESCOLIOSIS:	CIFOSIS
CADERA	TRAUMATISMOS VARIOS	
<b>-ARCO PLANTAL -</b>		
NORMAL:	ANORMAL:	ESGUINCES:
		REGIÓN:

#### MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O ADQUIRIDAS .....

#### ALTERACIONES

AGUDEZA VISUAL:	AGUDEZA AUDITIVA
-----------------	------------------

OBSERVACIONES: .....

**MEDICACIÓN PERSONAL:** DIARIAMENTE..... HABITUALMENTE: .....

(Nombre de la Medicación: .....

#### OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS: .....

**ALERGIA** (Tipo y medicación).....

Por lo antes expuesto, certifico que el /la joven: .....

se encuentra en el momento del examen apto para realizar actividades físicas de acuerdo a su edad.

Corrientes, ...../ ...../ .....

Firma y Sello del Profesional Médico