

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	
-ARCO PLANTAL -		
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