

▪ DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRES: _____ D.N.I.: _____

DOMICILIO: _____

TEL. PARA URGENCIAS: _____ CURSO: _____ DIVISIÓN: _____

▪ SISTEMA CARDIOVASCULAR:

NORMAL: _____ ANORMAL: _____ PULSACIONES: _____ P/M

OBSERVACIONES: _____

¿PADECE DE ASMA? _____

¿ES ALÉRGICO? _____ CAUSAS: _____

¿ES DIABÉTICO? _____ ¿ES INSULINO DEPENDIENTE? _____

¿ES HIPERTENSO? _____ ¿ESTÁ MEDICADO? _____

MEDICAMENTO/S QUE UTILIZA: _____

¿TIENE ALGÚN TIPO DE HERNIA? _____ ¿CUÁL? _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS RELEVANTES: _____

▪ ESTRUCTURA ÓSEA. TRASTORNOS TRAUMATOLÓGICOS U ORTOPÉDICOS

COLUMNA: NORMAL: _____ ANORMAL: _____ ARCO PLANTAL NORMAL: _____ ANORMAL: _____

ESQUINCES: _____ REGIÓN: _____ LUXACIONES: _____ REGIÓN: _____

TRAUMATISMOS VARIOS: _____

OBSERVACIONES: _____

▪ RECONOCIMIENTO MÉDICO:

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

TALLA _____ PESO _____ % NORMAL _____ OBESO _____ DELGADO _____

ALTO _____ BAJO _____ MEDIANO _____ PARA SU EDAD.

▪ CUMPLE CON EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN OBLIGATORIA.

RECOMENDACIONES DEL TUTOR O PROFESIONAL: _____

_____.**CERTIFICO** que el/la niño/a _____ de _____ años de edad, al momento del examen, _____ se encuentra apto para realizar actividades físicas acordes a su edad.