Universidad Católica de Cuyo
San Luis

FICHA MÉDICA

**ESTE FORMULARIO DEBE SER ENTREGADO AL INSCRIBIRSE EN LOS TALLERES DE DEPORTES.*

<table>
<tr><td>APELLIDO Y NOMBRE</td><td></td></tr>
<tr><td>EDAD:</td><td rowspan="5">OBSERVACIONES:</td></tr>
<tr><td>SEXO:</td></tr>
<tr><td>ALTURA:</td></tr>
<tr><td>PESO:</td></tr>
<tr><td>IMC:</td></tr>
<tr><td>T.A.:</td><td>DEPORTE:</td></tr>
<tr><td>GRUPO SANGUÍNEO:</td><td></td></tr>
<tr><td>OBRA SOCIAL:</td><td>Nº AFILIADO:</td></tr>
</table>

Universidad Católica de Cuyo
San Luis

EXAMEN MÉDICO

(MARCAR CON UNA "X" ,LOS CASOS AFIRMATIVOS Y/O COMPLETE EN CASO DE SER SOLICITADO)

	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
	DIABETES
	ENFERMEDADES CARDÍACAS
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
	TRAUMATISMOS
	FRACTURAS
	ESGUINCES
	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS
	PROBLEMAS OSTEOS-ARTICULARES
	ALERGIAS, ¿CUÁL?
	TOMA MEDICACIÓN DIARIAMENTE, ¿CUÁL?
	TUVO COVID *
	Requirió internación hospitalaria **
	Se encuentra vacunada/o ***
	Indique fecha de alta de Covid-19 ****

En caso de haber tenido Covid-19 le pedimos complete y adjunte lo solicitado a continuación:

**Adjuntar electrocardiograma, realizado posterior a la fecha de alta de Covid-19*
***Adjuntar radiografía de tórax, realizado posterior a la fecha de alta de Covid-19*
****Adjuntar certificado de vacunación*
*****Adjuntar certificado de alta*

Universidad Católica de Cuyo
San Luis

CERTIFICO QUE EL ALUMNO .....
DNI.....SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD DEPORTIVA UNIVERSITARIA.

LUGAR: ..... FECHA: ...../...../.....
OBSERVACIONES:.....
.....
....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ESTUDIANTE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO