INSTITUTO DE FORMACIÓN DOCENTE CONTINUA

"Juan Pascual Príngles"

CARRERA PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA

FECHA PRESENTACION HASTA FEBRERO 2026

FICHA MEDICA 2026

HISTORIA CLÍNICA

Este formulario ha sido diseñado para conocer la situación de salud de los estudiantes. Estos ítems deberá completarlos su médico personal quien deberá firmar al final junto con Ud. La información aquí citada tiene carácter de ***DECLARACION JURADA.***

DATOS PERSONALES

Nombres Apellido: ..... Sexo: .....
Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Lugar de nacimiento: .....
Lugar de residencia habitual: ..... Tel. .....
Dirección en la Provincia de San Luis: .....
Numero de celular: .....

MIENTRAS ESTE CURSANDO SUS ESTUDIOS, ¿CON QUIÉN VA A VIVIR?

Con mi familia ..... Localidad ..... Teléfono ....
Solo/a ..... Dirección .....
Con compañeros .....Numero celular referencia:.....

¿TRABAJA? NO…. SI Me desempeño como.....

Días y Horario de trabajo.....

Adjuntar certificado trabajo original.....No.....Si.....

HABITOS

Tabaco	fuma 1 atado por día o menos ..... nunca fumé ..... dejé de fumar, fecha aproximada .....
Alcohol	no bebo..... tomo con las comidas .... lo han criticado porque tomaba? .... sintió alguna vez ganas de disminuir la bebida? .... toma a veces por las mañanas? .....
Ejercicios	no hago .....sí hago ..... frecuencia diaria o semanal..... nadar, correr, caminar, bicicleta, pesas, gimnasia, otros Deportes, cuáles..... ....

Sello y firma del Médico: ..... Firma de Aspirante:.....

Durante la actividad física Sufrió/e	si	No
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgia		
Cefaleas		
Vómitos		

Grupo Sanguíneo
Factor
Adjuntar certificado …

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguien en su familia tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedades	Madre	Padre	Hermanos
Presión alta			
Enfermedades cardíacas antes de los 55 años			
Diabetes			
Cáncer de colon o de recto			
Cáncer de mama			
Otros cánceres			
Abuso de drogas o de alcohol			
Depresión			

CONTROLES

COVID 19 Refuerzos C.19	No No	Si Fechas 1º……2º……3º……4º…… Fechas……
Síntomas Durante COVID POS COVID		Cuales: …… …… …… Cuales: …… …… ……

<u>Exámenes médicos a presentar</u>

1- EXAMEN CLINICO (EXAMEN FISICO--AMNESIS) --- (LLEVA CONSULTA MEDICA).
2- E.C.G. CON INFORME CARDIOLOGICO (CONSULTA Y ELECTRO).
3- LABORATORIO CITOLOGICO COMPLETO (ERITROSEDIMENTACION- UREMIA GLUCEMIA-MACHADA GUERRERO-CREATININA-ORINA COMPLETA- VDRL-FORMULA LEUCOCITARIA-WASSERMAN -).
4- RX DE TORAX (F)- COLUMNA LUMBAR (FYP)—COL CERVICAL (FYP) (5 EXPOSICIONES)
5- ERGOMETRIA COMPUTARIZADA CON PROTOLOCO DEPORTIVO.
6- ECOGRAFIA DE AMBAS RODILLAS Y AMBOS HOMBROS (4 ESTUDIOS).

(**acompañar certificado + informe extendido por médico especialista**)

<u>Solicitar turno</u>: *<u>METS FLASH- chequeo médico deportivo en un día</u>*.

<u>Información:</u> whatsApp 2664485545
Contacto 2664432572

<u>Dirección:</u> San Martin 247 (San Luis- Capital)

Sello y firma del Médico: ……. Firma de Aspirante:……..

ANTECEDENTES MEDICOS

PESO ACTUAL:

TALLA:

Alergias medicamentosas	no	si, en este caso, a cuáles …… …… ……
Alergias en piel	no	si, en este caso, cuáles …… …… ……
Alergia por otras causas	no	si, en este caso, cuáles …… …… ……
Asma	no	si, ampliar…
Epilepsia	no	si, ampliar…
Convulsiones	no	si, ampliar…
Vértigos – Mareos – Crisis nerviosas	no	si, ampliar…
Desmayos	no	si, ampliar…
Dolor de cabeza severo	no	si, ampliar…
Tuberculosis	no	si, ampliar…
Fiebre reumática	no	si, ampliar…
Colagenopatías	no	si, ampliar…
Hernias	no	si, ampliar…
Diabetes	no	si, ampliar…
Hipertensión arterial	no	si, ampliar…
Afecciones Cardiacas	no	si, ampliar…
Problemas óseos	no	si, ampliar…
Problemas articulares	no	si, ampliar…
Alguna otra enfermedad seria que mencionar	no	si, ampliar…
¿Toma medicamentos?	no	si, en este caso, cuáles, nombre y dosis …… …… ……
Internaciones	no	si, en este caso mencione la causa …… …… …… fecha ……
Operaciones	no	si, en este caso mencione cuáles …… …… …… fecha ……
Accidentes	no	si, consecuencias…… …… …… …… fecha……
Transfusiones de sangre	no	si,…… …… fecha……

¿Ha padecido … enfermedades de transmisión sexual?	no	si, cuáles …… …… fecha ….....
Traumatológicas? Fracturas Esguinces Luxaciones Desgarros Otros	 no no no no no	Fecha si, secuelas: …… …… si, secuelas: …… …… si, secuelas: …… …… si, secuelas: …… …… si, tratamiento…… ……

Intervenciones Quirúrgica		
Nombre (cuales)	**fechas**	**Observación (medica)**
Adjuntar certificado de intervención, de rehabilitación o de alta médica.		

<u>PSICOLOGICO</u>: ***ADJUNTAR CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLOGICA Y INFORME DEL PSICOLOGO.***

TRATAMIENTOS ACTUALES

…… …… …… …… ……..
…… …… …… …… ……..
…… …… …… …… ……..

Este ejemplar consta de 4 (cuatro) carillas.

Lugar y fecha ……

Sello y firma del Médico: …….. Firma de Aspirante:……..

Aclaración…….. Aclaración:……

DNI: …… DNI:……

*En caso del que el titular sea menor de 21 años ésta ficha deberá ser firmada por el padre o Tutor