FICHA MÉDICA 2027

Profesorado de Educación Física – Tecnicatura Superior en Entrenamiento Deportivo

HOJA 1/2 – A COMPLETAR POR EL/LA ESTUDIANTE (DECLARACIÓN JURADA)

Apellido y nombres:	**DNI:**
Fecha de nacimiento:	**Edad:**
Carrera: ☐ Profesorado de Educación Física ☐ Tec. Sup. en Entrenamiento Deportivo	
Domicilio:	**Teléfono:**
Obra social / cobertura:	**Nº de afiliado:**
Contacto de emergencia (nombre y vínculo):	**Teléfono:**

Lo que respondas en esta declaración no afecta tu ingreso. La información es confidencial y se utiliza exclusivamente para resguardar tu salud y acompañar tu trayectoria formativa.

Nº	Pregunta	Sí	No	Especificar
A. Antecedentes cardiovasculares personales				
1	¿Alguna vez te desmayaste o perdiste el conocimiento durante o después de hacer ejercicio?			
2	¿Sentiste dolor, presión u opresión en el pecho al hacer esfuerzo?			
3	¿Sentiste palpitaciones, latidos irregulares o el corazón muy acelerado sin motivo aparente?			
4	¿Te falta el aire o te cansás mucho más que otras personas con el mismo esfuerzo?			
5	¿Algún médico te dijo que tenés soplo, presión alta, arritmia u otro problema cardíaco?			
6	¿Algún médico te indicó no hacer actividad física o limitarla?			
B. Antecedentes familiares				
7	¿Algún familiar falleció de forma súbita o sin causa clara antes de los 50 años?			
8	¿Algún familiar tiene miocardiopatía, arritmias, síndrome de Marfan, QT largo, marcapasos o cardiodesfibrilador?			
C. Otros antecedentes de salud				
9	¿Tenés alguna enfermedad crónica (asma, diabetes u otra)?			
10	¿Tuviste cirugías o internaciones?			
11	¿Tuviste lesiones importantes (fracturas, lesiones de ligamentos o meniscos, problemas de columna)?			
12	¿Tuviste algún golpe en la cabeza con pérdida de conocimiento o conmoción?			
13	¿Alguna vez tuviste una convulsión o te dijeron que, durante una pérdida de conocimiento, presentaste movimientos involuntarios o sacudidas del cuerpo?			
14	¿Tomás alguna medicación en forma habitual?			
15	¿Tenés alergias a medicamentos, alimentos o picaduras?			
16	**Calendario de vacunación**	☐ Completo	☐ Incompleto	
D. Salud mental y acompañamiento *(respuesta optativa)*				
17	¿Estás realizando actualmente algún tratamiento psicológico o psiquiátrico?			
18	¿Atravesás situaciones como ataques de ansiedad o de pánico que puedan presentarse durante la cursada?			
19	Si te pasa algo así en el instituto, ¿qué te ayuda? ¿A quién tenemos que avisar?			
20	¿Hay alguna otra condición de salud que el instituto deba conocer para acompañar tu cursada?			

Declaro bajo juramento que los datos consignados son verídicos y me comprometo a informar al ISFD Nº 810 cualquier cambio en mi estado de salud durante la cursada.

Firma del/la estudiante	Aclaración	DNI	Fecha

HOJA 2/2 – A COMPLETAR POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Estudiante:	**DNI:**

A COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO

Edad:	**Talla:**	**Peso:**	**IMC:**	**Grupo y factor RH:**

s/p: sin particularidades – c/p: con particularidades

EXAMEN CLÍNICO	**s/p**	**c/p**	**Observaciones**
Aparato respiratorio			
Aparato circulatorio (TA / FC / R1-R2)			
Aparato osteomusculoarticular			
Sistema nervioso (pruebas de coordinación y reflejos)			
Columna vertebral (maniobra de Adams)			
Pies (plano – normal – cavo)			
Agudeza visual			
Otorrinolaringología			

ESTUDIO OBLIGATORIO	**s/p**	**c/p**	**Observaciones**
Ergometría (adjuntar informe)			

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS *Quedan a criterio del profesional. Indicar cuáles se solicitaron y sus hallazgos.*

☐ No consideré necesario solicitar estudios complementarios.

OTRAS OBSERVACIONES *Enfermedades o condiciones no comprendidas en los ítems anteriores.*

Dejo constancia que en la ciudad de …… a los ……. días del mes de …… del año 20……, he examinado al/la estudiante y he revisado los estudios obligatorios y aquellos complementarios que consideré pertinentes. Por lo tanto, concluyo que se encuentra en buen estado psicofísico para la práctica de actividades físicas y resulta APTO/A para ingresar al Profesorado de Educación Física / a la Tecnicatura Superior en Entrenamiento Deportivo, al momento del examen.

Firma y sello del médico actuante

A COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE POR PSICÓLOGO/A Y FONOAUDIÓLOGO/A

EXAMEN	**s/p**	**c/p**	**Firma y sello del profesional**
Examen psicológico (en caso de marcar c/p, presentar informe)			
Examen fonoaudiológico (en caso de marcar c/p, presentar informe)			

Sello Salud Pública