

DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO
Datos personales

Nombre y Apellido: _____ D.N.I.: _____
 Fecha de Nacimiento: / / _____ Edad: _____
 Domicilio: _____

En caso de urgencia avisar a

Contacto 1: Nombre y Apellido: _____ Relación/parentesco _____
 Domicilio: _____
 Teléfonos fijo y móvil: _____ Correo electrónico: _____
 Contacto 2: Nombre y Apellido: _____ Relación/parentesco _____
 Domicilio: _____
 Teléfonos fijo y móvil: _____ Correo electrónico: _____

DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO
Alimentación y ejercicio

¿Tiene algún a restricción sobre los alimentos que puede ingerir? Por favor consigne información que considere importante:

Medicamentos

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI - NO
 ¿Por qué enfermedad lo toma?

Ficha de control médico

Peso Talla IMC TA Grupo Sanguíneo

¿Padece o padeció algunas de éstas patologías? Por favor marque y consigne datos de utilidad:

Patologías / Antecedentes	¿Si?	¿No?	¿Tiene Alguna restricción?
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			
9. Limitaciones para el ejercicio físico			
10. Durante o despues del ejercicio mareos, desmayo, dolor, palpitaciones			
11- antecedentes cardiacos familiares			
12 – presion arterial elevada (familiar)			

Autorizo a suministrar a mi hijo/a los siguientes medicamentos , a criterio del personal responsable del campus en caso que se considere necesario.

Patologías / Antecedentes	¿Si?	¿No?	
1. PARACETAMOL 500 MG			
2. IBUPROFENO 400 MG			
3. IBUEVANOL			
4. LORATADINA (ANTIALERGICO)			
5. CETRIZINA (ANTIALERGICO)			
6. METOCIOPRAMIDA (RELIVERAN)			

Observaciones:

Certifico que.....DNI.....

Está en condiciones de realizar actividad física, según examen clínico del día de la fecha.-

Deporte Actividad no competitiva- Recreación

Firma del Médico
 Sello Fecha: //