**EXAMEN FÍSICO 2020**

***UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA***

ACTIVIDAD A REALIZAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº Leg.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo y número de documento: Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

T/A: ……………………………………………………. F/C:……………..……….……………….…………… F.RES:………….……………………………………….

PESO:………….……………..…… ALTURA: ………………………....….. GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR…………………………….………..

CABEZA Y CUELLO:………………..……………………………………….. APARATO CIRCULATORIO:………………………………………………

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

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

APARATO DIGESTIVO: …………………………………………………….. EXAMEN UROGENITAL Y HERNIAS: ……………………………….

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

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

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

PIEL, FANERAS Y MÚSCULO ESQUELÉTICO: …………………... APARATO RESPIRATORIO:..……………………………………………

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

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

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

EXAMEN NEUROLÓGICO: ….………………….…………….………… ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:……………………………………..

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

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

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

INFORME ECG (transcribir el informe) ………………………….. INFORME LABORATORIO (Sangre y Orina – Transcribir el ……………………………………………………………………………………… informe) ……………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………….. .……………………………………………………………………………………… ….…………………………………………………………………………………….. .……………………………………………………………………………………… .……………………………………………………………………………………….. .……………………………………………………………………………………… .……………………………………………………………………………………….. .……………………………………………………………………………………… .……………………………………………………………………………………….. .……………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………….. .……………………………………………………………………………………… .………………………………………………………………………………………..

¿TOMA MEDICACIÓN ACTUALMENTE? SI/NO ¿CUAL?………………………………….………………………………………………………………

¿POSEE LA ANTITETÁNICA? SI/NO

OBSERVACIONES DEL MÉDICO:………………………………………………………………………………………………………………………………………...

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

**POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE EL/LA SR./SRA……………………..………………………………………………….………………………….....**

**DNI…………………………………………….SE ENCUENTRA “APTO” AL MOMENTO DEL EXAMEN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS”**

**-Debe estar completa en cada uno de sus ítems.**

**-Debe leerse bien la matrícula y poseer fecha.**

**-No se aceptan otros aptos médicos que no sea este mismo ni exámenes o informes adjuntos.**

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO Fecha: ……../……../……..**