



Datos a completar por la Coordinación General de Deportes



Actividad a realizar: _____ Legajo: _____

FICHA MEDICA UNLaM 2025
DECLARACIÓN JURADA

DATOS A COMPLETAR POR EL INTERESADO

Datos personales

Nombre y Apellido: _____ D.N.I.: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad _____
Tiene Obra Social: SI - NO Cual: _____

DATOS A COMPLETAR POR MÉDICO

Medicamentos

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento? SI - NO ¿Cuál?
¿Por qué enfermedad lo toma?
¿Posee la vacuna antitetánica? SI - NO
¿Es alérgico a algún medicamento?

Ficha de control médico

Peso _____ Talla _____ IMC _____ TA _____ Grupo Sanguíneo _____

Estudios realizados:

Table with 4 columns: Estudios/Análisis, ¿Sí?, ¿No?, Observación. Rows include Clínicos, Eco cardiograma, Ergometría, RX Tórax, and Otras.

Considera detallar alguna observación: _____

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

Table with 4 columns: Patologías / Antecedentes, Si, No, Observación. Rows list various medical conditions like Hipertensión Arterial, Diabetes, etc.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE EL/LA SR. /SRA _____

DNI _____ SE ENCUENTRA "APTO" PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

* Debe estar completo todos los ítems.
* la matrícula médica debe ser legible y poseer fecha.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Fecha:/...../2025