



APELLIDO Y NOMBRE:		DNI/PASAPORTE:	
MAIL (particular o UNC):		CELULAR:	
DOMICILIO:		LOCALIDAD:	
LUGAR DE NAC.:	FECHA DE NAC.: / /	EDAD:	SEXO ASIGNADO AL NACER: M F I
OBRA SOCIAL:	SI NO ¿Cuál?	N° de afiliación:	
PERSONA DE CONTACTO (para llamar en caso de emergencias):		DEPORTE/S a realizar:	
Nombre y apellido:		
Relación:		
Celular:		OTRA:	

IDENTIDAD DE GÉNERO:

HOMBRE CIS

HOMBRE TRANS

MUJER CIS

MUJER TRANS

NO BINARIA

OTRA:

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS (Enfermedades):			
MEDICACIÓN DIARIA (anticonceptivos, suplementos, proteínas, etc):	SI NO	¿Cuál/es?:	
ALÉRGICOS:	SI NO	TRAUMATOLÓGICOS:	SI NO ¿Cuál/es?:
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:	SI NO	CIRUGÍAS:	SI NO ¿Cuál/es?:

HÁBITOS / CONSUMOS

SUEÑO REPARADOR:	SI NO	N° De horas:	TABACO	ALCOHOL FRECUENTE:	SI NO	OTRAS SUSTANCIAS:	SI NO
ALIMENTACIÓN ADECUADA:	SI NO	comidas/día:	SI NO	Edad inicio:		Edad de inicio:	
OBSERVACIONES:			Edad inicio:	Episodios de abuso:	SI NO	¿Repercusiones?	SI NO
			N° cig/día:			¿Cuál/es?	

ANTECEDENTES FAMILIARES (padre/madre/hermanos/abuelos)

DIABETES	OBESIDAD	CARDIOVASCULAR (Hipertensión, infartos)	CÁNCER O TUMORES	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	ALCOHOL, DROGAS, ETC.
SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ
DISLIPEMIAS (Colesterol)	CHAGAS	RESPIRATORIOS (EPOC, asma, etc)	ENDÓCRINOS (Hipotiroidismo)	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	OTROS:.....	
SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	SI NO NO SÉ	

EXAMEN FÍSICO Y VACUNAS

PESO:	FC:	AGUDEZA VISUAL:	VACUNAS:		¿Hipoacusia y/o zumbidos en oídos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TALLA:	SO2:	Usa lentes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HEPATITIS B:	COVID 19:	
IMC:	TA:	OD: /10	ANTITÉTANICA:	Fecha próx. antitetánica:.....	
		OI: /10	TRIPLE/DOBLE VIRAL:	CARNET COMPLETO?	SI NO

ASPECTO GENERAL:	CARDIOVASCULAR:	RESPIRATORIO:	ABDOMINAL Y GENITOURINARIO:	SOMA Y COLUMNA:
.....	R1: SOPLOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	MV+: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BLANDO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SIMETRÍA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NEUROLÓGICO:	R2: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	BEBA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DEPRESIBLE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FUERZA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
.....	PP +: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RSA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DOLOROSO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	LIMITACIÓN A LA MOVILIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
.....			MEGALIAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ADAMS: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
OBSERVACIONES:.....				GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO
				<input type="text"/>

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

LABORATORIO (si corresponde según algoritmo, pedir citológico, plaquetas, glucemia y creatinina):	¿Dentro de parámetros normales?	SI NO
Fecha: / / Observaciones:		
ELECTROCARDIOGRAMA (si corresponde según algoritmo):	¿Dentro de parámetros normales?	SI NO
Fecha: / / Observaciones:		
ERGOMETRÍA (si corresponde según algoritmo):	¿Dentro de parámetros normales?	SI NO
Fecha: / / Observaciones:		
FONDO DE OJOS (ANUAL, obligatorio para boxeo):	¿Dentro de parámetros normales?	SI NO
Fecha: / / Observaciones:		
RUGBY: presentar por única vez los estudios realizados al iniciar la práctica (protocolo UAR) o realizarlos	¿Dentro de parámetros normales?	SI NO
Fecha: / / Observaciones:		

ACLARACIÓN: Se deben enviar por mail TODOS los estudios. Sin excepción.

VALIDEZ APTO DEPORTIVO POR 1 AÑO: <input type="checkbox"/> NO APTO: <input type="checkbox"/>	VALIDEZ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA PRACTICAR DEPORTE DENTRO DEL ÁMBITO UNC	FECHA:	
SUGERENCIAS:		FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA Y SELLO MÉDICO/A

REQUISITOS DEPORTE 2024



AJEDREZ

- FICHA MÉDICA (examen físico)



YOGA, ARQUERÍA

- FICHA MÉDICA (examen físico)
- Electrocardiograma (ECG) en reposo



OTROS DEPORTES, MAYORES DE 35 AÑOS

- FICHA MÉDICA (examen físico)
- ERGOMETRÍA (anual)
- LABORATORIO: (Citológico, glucemia, creatinina, plaquetas)



OTROS DEPORTES, MENORES DE 35 AÑOS

- FICHA MÉDICA (examen físico)
- ERGOMETRÍA (una vez antes de los 35) y luego ECG anual
- LABORATORIO: (Citológico, glucemia, creatinina, plaquetas)



BOXEO

- REQUISITOS DE “OTROS DEPORTES” SEGÚN LA EDAD
- FONDO DE OJOS ANUAL



RUGBY

- REQUISITOS DE “OTROS DEPORTES” SEGÚN LA EDAD
- PRESENTAR (o realizar en caso de no contar con ellos) ESTUDIOS SOLICITADOS POR LA UAR AL COMENZAR LA PRÁCTICA (Rx cervical con índice de Torg-Pavlov, Rx de tórax, Ecocardiograma)