



LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_  
APELLIDO Y NOMBRES \_\_\_\_\_  
DOMICILIO EN TUCUMAN \_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FOTO

**APARATO RESPIRATORIO (Neumología)**

APTO SI NO  
RX TORAX \_\_\_\_\_ PPD \_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO (NEUMONÓLOGO) \_\_\_\_\_  
VACUNA DOBLE \_\_\_\_\_ VACUNA COVID SI NO

**APARATO CARDIOVASCULAR (CARDIOLOGO)**

EXAMEN FÍSICO \_\_\_\_\_  
ECG \_\_\_\_\_  
ERGOMETRIA \_\_\_\_\_  
ECOCARDIOGRAMA \_\_\_\_\_  
PRESIÓN ARTERIAL \_\_\_\_\_ MAX \_\_\_\_\_ MIN \_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_  
APTO SI NO  
FIRMA Y SELLO (CARDIÓLOGO) \_\_\_\_\_  
OBSERVACIÓN \_\_\_\_\_

**SISTEMA NERVIOSO (NEURÓLOGO)**

EEG \_\_\_\_\_ MOTRICIDAD \_\_\_\_\_  
SENSIBILIDAD \_\_\_\_\_ COORDINACIÓN \_\_\_\_\_  
EQUILIBRIO \_\_\_\_\_ REFLEJO \_\_\_\_\_  
ANTECEDENTE DE CONVULSIONES \_\_\_\_\_  
APTO SI NO  
FIRMA \_\_\_\_\_ Y  
SELLO (NEUROLOGO) \_\_\_\_\_  
OBSERVACIÓN \_\_\_\_\_

**SISTEMA OSTEOARTICULAR (TRAUMATÓLOGO)**

RX COLUMNA LUMBOSACRA \_\_\_\_\_  
ANTEC. RAUMATOLÓGICOS \_\_\_\_\_  
APTO SI NO  
FIRMA Y SELLO (TRAUMATÓLOGO) \_\_\_\_\_  
OBSERVACIÓN \_\_\_\_\_



**APTO ODONTOLOGICO (ODONTOLOGO)**

APTO SI NO  
FIRMA Y  
SELLO(ODONTOLOGO) \_\_\_\_\_  
OBSERVACIÓN \_\_\_\_\_

**APTO OFTALMOLOGICO (OFTALMOLOGO)**

AGUDEZA VISUAL: OJO DERECHO:  
OJO IZQUIERDO:  
ANTEOJOS SI NO  
APTO SI NO  
FIRMA Y SELLO(OFTALMÓLOGO) \_\_\_\_\_  
OBSERVACIÓN \_\_\_\_\_

**EXAMEN DE LABORATORIO**

|                           |      |                     |     |
|---------------------------|------|---------------------|-----|
| HEMOGRAMA GLOBLULOS ROJOS | HTO  | HB                  | GB  |
| ERITROSEDIM.              |      | GLUCEMIA            |     |
| GOT                       | GPT  |                     |     |
| T. DE PROTOMBINA          |      | VDRL                |     |
| TRIGLICÉRIDOS             | UREA | CREATININA          |     |
| COLESTEROL TOTAL          |      | HDL                 | LDL |
| HAI Y ELISA               |      |                     |     |
| GRUPO SANGUÍNEO           |      | FACTOR              |     |
| ORINA COMPLETO            |      | SEDIMENTO COLOREADO |     |

FIRMA Y SELLO (BIOQUÍMICO) \_\_\_\_\_  
OBSERVACION \_\_\_\_\_

**EXAMEN CLÍNICO**

ENFERMEDADES QUE PADECIO \_\_\_\_\_  
INTERVENCIONES QUIRURGICAS \_\_\_\_\_  
HERNIAS \_\_\_\_\_



Habiendo observado las distintas especialidades, considero apto para realizar actividades deportivas.

APTO                      SI                                      NO

FIRMA MEDICO CLINICO \_\_\_\_\_ MP \_\_\_\_\_

ACLARACION \_\_\_\_\_

**TODOS LOS DATOS BRINDADOS SON INFORMACIÓN FEHACIENTE ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD.**

Declaro bajo juramento que yo \_\_\_\_\_, aspirante al ingreso a la Facultad de Educación Física de la UNT no padezco afecciones físicas o congénitas, ni lesiones que pudieran ocasionar trastornos en mi salud o condiciones de vida, como consecuencia de participar en las actividades a realizar en la Facultad de Educación Física de la UNT.-

Asimismo, declaro bajo juramento que antes de iniciar las prácticas en la Facultad de Educación Física de la UNT me he realizado un chequeo médico y me encuentro en condiciones óptimas para participar en las mismas. Como así también asumo todos los riesgos asociados con la participación en las presentes prácticas. -

Tomo conocimiento y acepto voluntariamente que en la Facultad de Educación Física de la UNT no toman su cargo ni se responsabilizan por ningún tipo de indemnización, reclamo, costo, daño y/o perjuicio reclamado, incluyendo y no limitado a, daños por accidentes, daños materiales, físicos o psíquicos o morales, lucro cesante, causados a mi persona o a mis derechos habientes, con motivo y en ocasión de actividad física en los que participaré.

Habiendo leído esta declaración y conociendo estos hechos, asumo total y personal responsabilidad por mi salud y seguridad. YO, en representación de mí mismo y de mis cesionarios, herederos, legatarios y sucesores, acepto mantener exento de cualquier tipo de responsabilidad que surja de mi participación en las prácticas deportivas de la Facultad de Educación Física de la UNT.

Autoriza a la Facultad de Educación Física de la UNT a utilizar, reproducir, y/o publicar fotografías, películas, videos, grabaciones y/o cualquier otro medio de registración de mi persona tomadas con motivo y en ocasión de las presentes actividades en la Facultad de Educación Física de la UNT, sin compensación económica alguna a favor de o la participante de la presente actividad. -

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_