GOBIERNO DE CÓRDOBA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
SECRETARIA DE EDUCACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
INSPECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

I.E.S. EDUARDO LEFEBVRE de Laboulaye

INSTITUTO DE ENSEÑANZA SUPERIOR
"EDUARDO LEFEBVRE DE LABOULAYE"

Lugar_____ [/ /]

Datos Personales del Deportista (Para ser completado por los Padres si es menor)

Apellido _____ Nombres _____
Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento __/__/____ DNI Nº _____
Lugar Nac. _____ Domicilio _____ Nº_____ Ciudad _____
Cod.Postal_____ TE _____ Club_____ Asociación _____
Estudios cursados _____

01 - ANTROPOMETRÍA - CRECIMIENTO - DESARROLLO

Indice de Tanner [ ]
Talla [ ]
Peso [ ]
Talla sentado [ ]
Envergadura [ ]

Percentilo de peso [ ] Percentilo Estatura [ ] Indice Masa Corporal [ ]

02 - EXAMEN POSTURAL

Parado_____
Sentado _____
Observaciones _____

03 - EXAMEN SEGMENTARIO OSTEOMIOARTICULAR

Columna completa _____
Miembros superiores _____
Miembros inferiores _____
Cabeza y Cuello_____
Tórax _____

04 - EXAMEN CLÍNICO DEL APARATO RESPIRATORIO

Auscultación_____ M.V. [ ] R.Agregados _____
Observaciones: _____

05 - EXAMEN CLÍNICO DEL APARATO DIGESTIVO - ABDOMEN

Hígado _____ Bazo _____
Riñones _____ Hernias _____
Observaciones: _____

06 - EXAMEN CLÍNICO DE GENITALES

Varones: Testículos_____
Escroto _____
E. T. S. _____

Mujeres : Menarca _____
Ciclo menstrual _____
Mamas_____
Amenorreas_____
E. T. S. _____

Observaciones: _____

07 - EXAMEN NEUROLÓGICO

Prueba de Equilibrio _____ Romberg _____
Reflejo Patelar_____ Reflejo Aquiliano _____
Observaciones: _____

GOBIERNO DE CÓRDOBA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
SECRETARIA DE EDUCACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
INSPECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

I.E.S. EDUARDO LEFEBVRE de Laboulaye

INSTITUTO DE ENSEÑANZA SUPERIOR
"EDUARDO LEFEBVRE DE LABOULAYE"

/ /

Datos Personales del Deportista (Para ser completado por los Padres si es menor)

En la Actualidad viven ?	Padre		Madre		Hermanos		Abuelos	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Si estan fallecidos consignar los motivos y fecha del deceso.

Tienen o han tenido?	Padre		Madre		Hermanos		Abuelos	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Enfermedades alérgicas - Asma								
Tumores o Enfermedades tumorales								
Diabetes - Obesidad								
Enfermedades del corazón								
Enfermedades neurológicas								
Convulsiones - Epilepsia - Enfermedades Psiquiátricas								
Enfermedades musculo-esqueleticas								
Enfermedades respiratorias								
Enfermedades digestivas								
Enfermedades renales								
Enfermedades de la sangre y ganglios								
Hipertensión arterial								
Enfermedad de Chagas								
Muerte Súbita (antes de los 50 años)								
Otras enfermedades								

Detallar lo positivo

La confección del presente formulario de identificación, y la consignación de los Antecedentes de Salud que figuran en el anverso titulados como Antecedentes Personales Patológicos y en este reverso como Antecedentes Familiares Patológicos, revisten carácter de Declaración Jurada. La omisión o inexactitud de esta declaraciones responsabilizan directamente al deportista si es mayor de edad, y a los padres o tutores en el caso de deportistas menores de edad, liberando de toda responsabilidad jurídica al Profesional actuante, a la Agencia Córdoba Deportes y/o a cualquier otra Institución o Asociación Deportiva a la que el deportista pertenezca o represente declarando bajo fe de juramento que los datos detallados que anteceden dados por mi, son verídicos y correctos, siendo los mismos la fiel exposición de la verdad, y me comprometo a informar de cualquier enfermedad o lesión que pueda interferir en el desarrollo de la práctica deportiva o cualquier actividad física.

Lugar, Fecha y Hora

Firma del Deportista
Aclaración y D.N.I.

Firma del Padre, Madre, Tutor ó Encargado
Aclaración y D.N.I.

Es indispensable que la firma del Padre, Madre, Tutor o Encargado se realice en presencia del Profesional Médico

GOBIERNO DE CÓRDOBA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
SECRETARIA DE EDUCACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
INSPECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

I.E.S. EDUARDO LEFEBVRE de Laboulaye

INSTITUTO DE ENSEÑANZA SUPERIOR
"EDUARDO LEFEBVRE DE LABOULAYE"

/ / /

08 - EXAMEN OFTALMOLÓGICO

Ojo Derecho s/c _____ Visión Cromática _____

Ojo Izquierdo s/c _____ Campo Visual por confrontación _____

Usa anteojos o lentes de contacto: ☐ Porqué? _____

Observaciones: _____

09 - EXAMEN ODONTOLÓGICO

Cariados ☐ Perdidos ☐ Obturados ☐

Ortodoncia Fija ☐ Móvil ☐ Prótesis ☐

Observaciones: _____

10 - EXAMEN CLÍNICO CARDIOVASCULAR

Tensión Arterial _____

Auscultación _____

Soplos _____

R.Agregados _____

Observaciones: _____

11 - ELECTROCARDIOGRAMA BASAL

Ritmo ☐ Frecuencia ☐ Eje QRS ☐

PQ ☐ QRS ☐ Alteraciones morfologicas

QT ☐ Qtc ☐

Conclusiones _____

12 - ELECTROCARDIOGRAMA DE ESFUERZO

Observaciones: _____

13 - LABORATORIO

Citológico Completo ☐ Triglicéridos ☐

Glucemia ☐ Uremia ☐

Colesterolemia ☐ Creatinina ☐

Orina Completa ☐

Observaciones: _____

14 - OTROS EXAMENES

Valoración Final Apto ☐ No Apto ☐

Observaciones: _____

Lugar y Fecha _____ / / /

Firma del Medico

Sello del Medico

GOBIERNO DE CÓRDOBA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
SECRETARIA DE EDUCACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR
INSPECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

I.E.S. EDUARDO LEFEBVRE de Laboulaye

INSTITUTO DE ENSEÑANZA SUPERIOR
"EDUARDO LEFEBVRE DE LABOULAYE"

Lugar._____ ___/___/___

Datos Personales del Deportista (Para ser completado por los Padres si es menor)

Apellido _____ Nombres _____
Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento __/__/____ DNI N° _____
Lugar Nac._____ Domicilio _____ N°_____ Ciudad _____
Cod.Postal_____ TE _____ Club_____ Asociación_____
Estudios cursados _____

Historia Deportiva

Práctica Deportes desde los _____ años._____ Deporte actual _____
Deportes practicados _____
Entrenamientos: Días por Semana_____ Horas por día_____
Entrenamientos complementarios. Detallar _____

Escribir todos los datos sin excepción. Estos no imposibilitan la practica deportiva

Enfermedades preexistentes - Antecedentes Personales Patológicos

Descripción	Si	No
Enfermedades congénitas		
Traumatismos - Operaciones		
Luxaciones y otras lesiones		
Fracturas - Esguinces		
Enfermedades articulares		
Enfermedades de los huesos		
Enfermedades musculares		
Fiebre reumática		
Artritis - Artrosis		
Enfermedades respiratorias		
Enfermedades alérgicas		
Sinusitis - Otitis - Anginas		
Asma		
Neumonía - Bronconeumonía		
Varicela		
Rubéola		
Paperas		
Enf. De Transmisiòn Sexual		
Enfermedades digestivas		
Hepatitis - Enferm. del Higado		
Enfermedades renales		
Infecciones urinarias		
Recibio transfusion de sangre ?		
Enfermedades de genitales		
Enfermedades neurológicas		
Dolores de cabeza - Mareos		
Convulsiones - Epilepsia		
Pérdida de conocimiento		

		Si	No
Deshidratación			
Enfermedades Psiquiátricas			
Diabetes			
Soplos al corazón			
Enfermedades cardiacas			
Enfermedad de Chagas			
Hipertensión arterial			
Enfermedades de la sangre			
Enfermedades de ganglios			
Enfermedades de la vista			
Enfermedades de la audición			
Enfermedades glandulares			
Intervenciones quirúrgicas			
Heridas			
Enfermedades de la piel			
Toma alguna medicación.Cuales ?			
Consume alcohol			
Consume tabaco			
Otras enfermedades.			
Ingiere 4 comidas diarias ?			
Habitualmente come : Carnes	(*)		
: Verduras	(*)		
: Lacteos	(*)		
: Pan	(*)		
: Pastas	(*)		
: Frutas	(*)		
Toma Agua : Cantidad litros por día	(*)		
Cuantas horas por día duerme :			

Detallar lo informado positivo. _____

(*) Detallar lo informado negativo _____

Carnet de Vacunación: Completo ☐ Incompleto ☐ Ultima Fecha Antitetanica ..../..../....