

FICHA DE APTITUD FÍSICA PARA INGRESO A CARRERA DE DANZA FACULTAD DE ARTES UNT

Nombre y Apellido:	Fecha de Nacimiento: / /	DNI:
Domicilio:	Localidad:	C.P.:
E-Mail:	Teléfono de referencia o contacto:	
Obra Social:	Profesión:	

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Hipertensión: Si/ No Soplos: Si/No Intervenciones quirúrgicas: Si/No Marcapasos: Si/No Infartos Si / No

Otras:..... Tratamiento: Si/No ECG:..... ERGOMETRÍA:.....

Firma y sello del médico especialista:.....

SISTEMA RESPIRATORIO

Afecciones crónicas de vías respiratorias: Si / No

Otras:..... Tratamiento: Si / No Observaciones:.....

SISTEMA LOCOMOTOR

Fracturas: Si / No Luxaciones: Si / No Esguinces: Si / No Lesiones musculares o tendinosas: Si / No

Escoliosis: Si / No Cifosis: Si / No

Otras:..... Tratamiento: Si / No Observaciones:.....

METABÓLICO

Hipertiroidismo: Si / No Hipotiroidismo: Si / No Diabetes: Si / No Hipercolesterolemia: Si / No

Otras:..... Tratamientos que realiza:.....

SISTEMA NERVIOSO

Padece dolores de cabeza frecuentes: Si / No

Convulsiones: Si / No

EEG:.....

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA:.....

OTROS:

Embarazo: Si / No.

Hábitos Tóxicos:

Fuma: Si/No

Consume Alcohol: Si/No

Alergia a Medicamentos: Si/No

Internaciones: Si/No

Realiza un plan alimenticio especial: Si/No

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

VDRL:..... CHAGAS:..... PPD.....

GRUPO SANGUÍNEO:RH:..... GLUCEMIA:..... GR:.....GB:.....

HTO:..... HB.....

COVID-19: Si/ No

EN CASO AFIRMATIVO REALIZÓ CONTROLES POSTERIORES. SI/NO
DETALLE DE LOS MISMOS

Se hace constar por la presente que se encuentra:..... para realizar actividad física y para el ingreso a la carrera de DANZA de la Facultad de Artes UNT al momento del examen.

Fecha:.....Firma y sello del médico:.....