



Universidad Nacional de Luján-Delegación San Fernando  
 Av. Libertador 1700 (1646) San Fernando Tel 4744-4584 4890-0168 int 6302  
 alumnosanfer@unlu.edu.ar

Año de Ingreso \_\_\_\_\_

Aspirante

Estudiante Regular

Legajo N° \_\_\_\_\_

**APTO MÉDICO-Formulario 1 -Página 1**

**Datos Personales**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Domicilio Completo: Número \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

1) Permanente

Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Domicilio Completo: Número \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

1) Transitorio

Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Teléfono móvil ( \_\_\_\_\_ ) -15- \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

VACUNA ANTITETÁNICA VIGENTE: \_\_\_\_\_

VACUNA de HEPATITIS B VIGENTE: \_\_\_\_\_

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Firma del Aspirante

**ADJUNTAR COPIA DEL APTO MÉDICO DE LA PÁGINA 4**

*La presente tiene carácter de declaración jurada. Cualquier notificación a las direcciones y/o teléfono aca declarados serán considerados legalmente válidos.*



Año de Ingreso \_\_\_\_\_  
 Aspirante   
 Estudiante Regular   
 Legajo N° \_\_\_\_\_

**APTO MÉDICO: Formulario 1-Página 2:**

**Datos Personales**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Mail: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES:**

	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Cuáles:</b>
Enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Falta de un órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Toma medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Toma Suplementos dietarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcohol/Tabaco/tóxicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**ANTECEDENTES PERSONALES CARDIORESPIRATORIOS:**

	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Cuáles:</b>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sincope - Casi síncope (durante ejercicio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Disnea / Cansancio excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial	_____		<b>Cuáles:</b>
Enf. Marfan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Miocardopatía hipertrófica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Síndrome de Brugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

\_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello profesional



**APTO MÉDICO: Formulario 1-Página 3:**

**ANTECEDENTES LESIONES DEPORTIVAS :**

	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Cuáles:</b>
Esguince / luxación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fractura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Golpe de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lesiones musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Traumatismo de cráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Antecedentes familiares :**

	<b>NO</b>	<b>SI</b>	
Muerte cardiovascular <50 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Incapacidad cardiológica familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiopatía hipertrófica familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arritmia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Examen físico :**

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Presión Arterial \_\_\_\_\_

Auscultación Pulmonar: \_\_\_\_\_

Auscultación cardíaca: \_\_\_\_\_

Detección del hábito marfanoides. \_\_\_\_\_

Pulsos femorales (ambos)

Palpación hepática: \_\_\_\_\_

Palpación esplénica: \_\_\_\_\_

Hernias: \_\_\_\_\_

**Test ortopédico Básico de movilidad:**

	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Movimiento articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deformidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Agudeza visual:**

USO DE LENTES BLANDAS: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

VISIÓN CROMÁTICA: \_\_\_\_\_

**Electrocardiograma**

**Ergometría** ( Ante factores de riesgo y a partir de los 35 años en varones y 45 años en mujeres)

**Laboratorio:**

Colesterol total: \_\_\_\_\_

Triglicéridos : \_\_\_\_\_

HDL: \_\_\_\_\_

Glucemia: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

Firma y Sello profesional



Universidad Nacional de Luján - Delegación San Fernando  
 Av. Libertador 1700 (1646) San Fernando Tel 4890-0168 int 6302  
 alumnosanfer@unlu.edu.ar

**Formulario 1-Página 4: APTO MÉDICO**

Certifico que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, DNI N° \_\_\_\_\_ LEGAJO N° \_\_\_\_\_ ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha encontrándose en condiciones de **APTO\* / NO APTO / NO APTO TEMPORARIO\*** para realizar actividad física, recreativa y/o deportiva según las exigencias del Plan de Estudios de la Carrera de Profesorado en Educación Física de la Universidad Nacional de Luján.

Fecha emisión:     /     /

Firma del evaluado o padre/madre/tutor si es menor		Firma, Aclaración y Matrícula profesional

**\* Tachar lo que no corresponda**  
**\* En caso de NO APTO TEMPORARIO adjuntar certificado indicando motivos y fecha de alta estimada.**

4/4



Universidad Nacional de Luján-Delegación San Fernando  
 Av. Libertador 1700 (1646) San Fernando Tel 4890-0168 int 6302  
 alumnosanfer@unlu.edu.ar

**Formulario 2: COPIA APTO MÉDICO**

Certifico que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, DNI N° \_\_\_\_\_ LEGAJO N° \_\_\_\_\_ ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha encontrándose en condiciones de **APTO\* / NO APTO / NO APTO TEMPORARIO\*** para realizar actividad física, recreativa y/o deportiva según las exigencias del Plan de Estudios de la Carrera de Profesorado en Educación Física de la Universidad Nacional de Luján.

Fecha emisión:     /     /

Firma del evaluado o padre/madre/tutor si es menor		Firma, Aclaración y Matrícula profesional

**\* Tachar lo que no corresponda**  
**\* En caso de NO APTO TEMPORARIO adjuntar certificado indicando motivos y fecha de alta estimada.**

4/4