

## CERTIFICADO ANUAL DE SALUD

(Debe ser llenado por profesional médico matriculado.

Actualizado en el transcurso del año en caso de requerirse, y renovarse anualmente)

FECHA: ...../...../.....

Apellido y Nombres: .....

D.N.I. N°: .....

Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... Sexo: .....

Domicilio: ..... Localidad: ..... Te.: .....

Teléfonos de urgencia: .....

**ANTECEDENTES:**

**1. VACUNACIONES:**

	SI	NO
CARNET		
COMPLETO		

Debe completar esquema con: .....

**2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

Enfermedades importantes:

Marcar con X	SI	NO
Enfermedades Psiquiátricas		
Diabetes		
Asma		
Enfermedades cardíacas		
Cirugías cardiovasculares		
Cirugías en general		
Trauma con alt. Funcional		
Alergias especificar		
Enfermedades auditivas		
Enfermedades en la piel		
Enfermedades neurológicas		
Pérdidas de conocimiento		
Enfermedades renales		
Neumonía		
Enf. respiratorias		
Enfermedades articulares/reumatológicas		
Infectocontagiosas Cuáles?		
Enfermedades hepáticas		
Enfermedades auditivas		
Enfermedades visuales		
Otras...		

Especificar riesgos: .....

.....  
 Detallar medicamentos prescritos: .....  
 .....  
 .....

Durante la actividad física sufrió:

SÍNTOMAS	SÍ	NO
Cansancio extremo		
Falta de aire		
Pérdida de conocimiento		
Palpitaciones		
Precordalgias		
Cefaleas		
Vómitos		
Otros		

Examen Físico:

Peso: ..... Talla: .....

Examen dermatológico:

Examen Cardiovascular:

Auscultación: .....

Arritmia: .....

Soplos: .....

Tensión arterial: .....

Examen Respiratorio:

Examen Osteoarticular:

	NORMAL	CIFOSIS	LORDOSIS	ESCOLIOSIS
Columna vertebral				

FIRMA Y SELLO MÉDICO: ..... FECHA: ...../...../.....

EN CASO DE URGENCIAS... CLÍNICA: ..... TELÉFONOS: .....



Bv. Alvear 68 – Villa María – Córdoba | Te. (0353) 4533708 – 4612241 int. 124

Examen neurológico: .....

El profesional que suscribe, Dra./Dr. .... M.P. N° .....

SI - NO (tachar lo que no corresponde), autoriza a .....

D.N.I. N° ....., A REALIZAR ACTIVIDADES ACUÁTICAS EN EL Natatorio climatizado “Monseñor Orzali”, dependiente del Instituto del Rosario, considerando que se encuentra plenamente APTO para el desarrollo de actividades acuáticas que implican esfuerzo físico.

Firma y sello del profesional: ..... Fecha: ...../...../.....

En mi carácter de usuario del Natatorio, me comprometo a notificar al personal, en caso de cualquier cambio en mi salud que pueda implicar riesgos en el desarrollo de la actividad, RENOVANDO AUTOMÁTICAMENTE LA FICHA DE SALUD FIRMADA POR EL MÉDICO DE CABECERA.

Firma: .....

Aclaración: .....

D.N.I. N°: .....

Firma de responsables del menor:

Por la presente autorizo a mi hija/o .....

D.N.I. N° ....., a realizar actividades acuáticas en el Natatorio “Monseñor Orzali” del Instituto del Rosario. Me comprometo a notificar de manera urgente, renovando la Ficha Médica, en caso de operar cualquier cambio en la salud de mi hija/o.

Firma de la madre: .....

Firma del padre: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

D.N.I. N°: .....

D.N.I. N°: .....

FIRMA Y SELLO MÉDICO: ..... FECHA: ...../...../.....

EN CASO DE URGENCIAS... CLÍNICA: ..... TELÉFONOS: .....