

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA**  
**DATOS PERSONALES**

**APELLIDOS:**..... **NOMBRES:**.....  
**D.N.I.:**..... **FECHA DE NACIMIENTO:**...../...../..... **EDAD:**..... **SEXO:**.....  
**DIRECCIÓN:**..... **TEL. PART.:**.....  
**CEL:**..... **TEL. URGENCIAS:**..... **E-MAIL:**.....  
**SALA:**..... **TURNO:**..... **SANGRE (Tipo y Factor):**.....

**EXAMEN FÍSICO**

*(A llenar por el Profesional Médico)*

**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

**TALLA:**..... **PESO:**.....

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

**CORAZÓN:**..... **APÉNDICE:**..... **HERNIAS:**..... **OTROS:**.....

**OBSERVACIONES:**.....

**ENFERMEDADES CONTRAÍDAS (Marcar SI/NO)**

VARICELA	PAPERA	SARAMPION	HEPATITIS	ASMA	DENGUE	COVID 19
SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO

<b>CARDÍACAS</b> .....	<b>SISTEMA RESPIRATORIO</b> .....
------------------------	-----------------------------------

**OBSERVACIONES:**.....

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID-19**

DOSIS APLICADAS	1° DOSIS	2° DOSIS	3° DOSIS	4° DOSIS
NOMBRE DE LA VACUNA				
FECHA DE APLICACIÓN				

**ESTRUCTURA ÓSEA, TRASTORNOS TRAUMATOLÓGICOS U ORTOPÉDICOS**

COLUMNA	ESCOLIOSIS	CIFOSIS	
CADERA	TRAUMATISMOS VARIOS		
<b>ARCO PLANTAL</b>			
NORMAL	ANORMAL	ESGUINCES	REGIÓN

**MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O ADQUIRIDAS:**.....  
**ALTERACIONES**

<b>AGUDEZA VISUAL:</b>	<b>AGUDEZA AUDITIVA:</b>
------------------------	--------------------------

**OBSERVACIONES:**.....

**MEDICACIÓN PERSONAL:** DIARIAMENTE:..... HABITUALMENTE:.....  
**NOMBRE DE LA MEDICACIÓN:**.....

**OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS**

**ALERGIA (Tipo y medicación):**.....

Por lo antes expuesto, certifico que el /la joven:..... se encuentra en el momento del examen apto para realizar actividades físicas de acuerdo a su edad.

**Corrientes, ..... / ..... / .....**  
**Firma y Sello del Profesional Médico**