

FICHA MÉDICA DEPORTES UPE 2026



EXTENSIÓN
UNIVERSITARIA

Ficha de Control Médico

Datos Personales

Nombre y Apellido:.....

Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio:.....

Teléfono:.....

Obra Social:.....

Email:.....

Carrera:.....

Deporte:.....

DNI:.....

Edad:.....

Localidad:.....

Celular:.....

Número de Afiliado:.....

Instagram:.....

Año de Cursada:.....

En caso de urgencia contactar a

Contacto 1:

Nombre y Apellido:.....

Relación / Parentesco:.....

Domicilio:.....

Telefono:.....

Contacto 2:

Nombre y Apellido:.....

Relación / Parentesco:.....

Domicilio:.....

Telefono:.....

Alimentación y ejercicio

¿Tiene alguna restricción alimenticia?, por favor consigne información que considere importante:

¿Practica alguna actividad física? SI - NO, ¿Cuál?.....

¿Ha participado de manera federada en algún deporte? SI - NO, ¿Cuál?.....

FICHA MÉDICA

DEPORTES UPE 2026



EXTENSIÓN
UNIVERSITARIA

Ficha de Control Médico

Datos a completar por un profesional Médico

Medicamentos

¿Es alérgico a alguna medicación? SI - NO

¿Está en tratamiento actualmente con algún medicamento?, SI -NO, ¿Cuál?.....

¿Por qué enfermedad lo toma?

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

Ficha del control médico

Patologías / Antecedentes	SI	NO	¿Tiene alguna restricción?
1.Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			
8. Fuma			
9. Alcohol			
10. Limitaciones para el ejercicio físico			
11. Otras			

Certifico que.....DNI.....

Esta en condiciones de realizar actividad física, según examen clínico al día de la fecha.-

DEPORTE:.....

.....
FIRMA Y SELLO MÉDICO