



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 - Córdoba
351 850-1234
info@cpsps.org.ar
www.cajasalud.com.ar

FICHA MÉDICA – DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Actividad Física / Deportiva (Adultos)

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento: ... / ... /

Edad: años

Sexo:

Teléfono:

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera y completa.

- Enfermedades cardíacas ☐ Sí ☐ No
- Hipertensión arterial ☐ Sí ☐ No
- Diabetes ☐ Sí ☐ No
- Asma u otras enfermedades respiratorias ☐ Sí ☐ No
- Epilepsia ☐ Sí ☐ No
- Enfermedades neurológicas ☐ Sí ☐ No
- Enfermedades osteoarticulares o musculares ☐ Sí ☐ No
- Mareos, síncope o pérdida de conocimiento ☐ Sí ☐ No
- Cirugías previas ☐ Sí ☐ No
- Lesiones actuales ☐ Sí ☐ No

Detalle si corresponde:.....

MEDICACIÓN HABITUAL

¿Toma medicación actualmente? ☐ Sí ☐ No

Indicar nombre comercial/genérico, dosis y motivo:.....

ANTECEDENTES RELEVANTES

¿Alergias? ☐ Sí ☐ No

Declaro que asumo la responsabilidad de informar cualquier cambio en mi estado de salud.

Firma del/de la declarante:

Aclaración:

DNI:

Lugar y fecha:



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 - Córdoba
351 850-1234
info@cpsps.org.ar
www.cajasalud.com.ar

EXAMEN FÍSICO (A COMPLETAR POR EL MÉDICO)

Peso: kg

Talla: cm

Presión arterial: / mmHg

Frecuencia cardíaca: lpm

EVALUACIÓN CLÍNICA

- Aparato cardiovascular: ☐ Normal ☐ Patológico
- Aparato respiratorio: ☐ Normal ☐ Patológico
- Aparato locomotor: ☐ Normal ☐ Patológico
- Sistema neurológico: ☐ Normal ☐ Patológico

Observaciones clínicas:.....

ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)

ECG en reposo: ☐ Sí ☐ No

Fecha de realización: / /

Resultado:

☐ Normal

☐ Alterado

Descripción / Diagnóstico ECG:.....

(Se adjunta trazado electrocardiográfico)

CONCLUSIÓN MÉDICA

- ☐ APTO para realizar actividad física
- ☐ APTO CON RESTRICCIONES (detallar):.....
- ☐ NO APTO

Firma del médico/a:

Aclaración:

DNI:

Lugar y fecha:

Ante dudas o consultas comunicarse al teléfono de coordinación de talleres

 **3518576736**

SOMOS LA COMUNIDAD DE LA SALUD DE CÓRDOBA