

# Personas mayores

# Actividades 2026

COMPLETAR CON LAPICERA AZUL

**PARTICIPA EN**      **MARCAR SEGÚN CORRESPONDA**

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Gimnasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Natación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Newcom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juegos BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jornadas de Recreación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actividades Físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**LLENAR POR EL INTERESADO** (con letra imprenta)

NOMBRE Y APELLIDO			FECHA DE NACIMIENTO		
EDAD	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	SEXO	E-MAIL PROPIO O DE UN FAMILIAR		
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
CALLE	NÚMERO	BARRIO	TELÉFONO		

**+ OBRA SOCIAL**

PRESTADOR	N° DE AFILIADO	SERVICIO DE EMERGENCIA	N° DE AFILIADO
-----------	----------------	------------------------	----------------

**+ EN CASO DE URGENCIA:**

DEBE SER TRASLADADO A	AVISAR AL TELÉFONO	
JUBILADO	CENTRO DE JUBILADOS	PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OFICIO QUE DESEMPEÑÓ
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Soy consciente de que voy a realizar actividades acordes a mi edad, que implican un riesgo cardiorrespiratorio.

FIRMA

ACLARACIÓN

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**ALLENAR POR EL MÉDICO (CON LETRA IMPRENTA)**

	SÍ	NO	
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ ¿CUÁLES?
INSULINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ TIPO <span style="float:right">UNIDADES DIARIAS</span>
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ MEDICACIÓN
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ ¿CUÁL/ES? <span style="float:right">INDICAR AÑO</span>
INTERNACIONES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ ¿CUÁL/ES?
ES ALÉRGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ ¿A QUÉ? <span style="float:right">¿MEDICACIÓN?</span>
OTRAS ENFERMEDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ ¿CUÁL/ES?
MEDICACIÓN DE USO HABITUAL Y CAUSA			

# Personas mayores

# Actividades 2026

COMPLETAR CON LAPICERA AZUL

**EXAMEN FÍSICO** ALLENAR POREL MÉDICO (CON LETRA IMPRENTA)

PESO KG | TALLA M | GRUPO SANGUÍNEO FACTOR RH

APARATO RESPIRATORIO

APARATO CARDIOCIRCULATORIO TA  FC

OBSERVACIONES:

AUSCULTACIÓN SILENCIOS LIBRES SÍ  NO  PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS SÍ  NO

ECG

APARATO LOCOMOTOR

	SÍ	NO		SÍ	NO
PATOLOGÍA EN MIEMBROS SUPERIORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PATOLOGÍA EN CUELLO Y COLUMNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGÍA EN RODILLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PATOLOGÍA EN CADERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATOLOGÍA EN TOBILLOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS

INDICACIONES

OBSERVACIONES

LUGAR Y FECHA

EL PACIENTE SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE APTO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS ACORDES A SU EDAD, SEXO Y CONTEXTURA FÍSICA.

**DATOS DEL MÉDICO**

NOMBRE Y APELLIDO

COLEGIO MÉDICO AL QUE PERTENECE

FIRMA

SELLO Y MATRÍCULA