



## EVALUACIÓN DE SALUD INGRESANTES - 2026

### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Completar y firmar el formulario (en caso de ser posible) con colaboración de su padre, madre ó tutor.

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M, otro): \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales en caso de haberlos tenido). \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) si es que los consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

Durante el último año:

- Ha experimentado sensación de ansiedad, angustia, estado de ánimo deprimido, tristeza u otros que haya afectado su calidad de vida de forma significativa y persistentes en el tiempo? De ser positivo, subraye cual o cuales.

- Ha realizado en algún momento de su vida o cree haberlo necesitado, algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿Por qué motivo?

| PREGUNTAS GENERALES<br>(Conteste con una cruz SÍ o NO. Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. | Sí | No |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con un médico?                                                                                        |    |    |
| 2. ¿Alguna vez algún médico le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?                                                                    |    |    |
| 3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?                                                                                                      |    |    |
| PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD CARDÍOVASCULAR                                                                                                                  |    |    |
| 4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?                                                      |    |    |
| 5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?                                                           |    |    |
| 6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?       |    |    |
| 7. ¿En alguna oportunidad el médico le dijo que tiene problemas cardíacos?                                                                                   |    |    |
| 8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía, (ECG) o ecocardiografía.                           |    |    |
| 9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?                                                             |    |    |
| 10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?                                                                                                                           |    |    |

| PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD CARDÍOVASCULAR DE SU FAMILIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI | NO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente falleció debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?                                                                                                                                       |    |    |
| 12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)? Mencione cual :<br>..... |    |    |
| 13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <b>PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |
| 14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |
| 15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |
| <b>PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |
| 16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |
| 17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |
| 18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |
| 19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |
| 20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |
| 21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?                                                                                                                                                                                                                         |    |    |
| 22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |    |
| 23. ¿Usted o algún miembro de su familia padece algún tipo de anemia hereditaria?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |
| 24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |
| 25. ¿Le preocupa su peso?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |
| 26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |
| 27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |
| 28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |
| 29. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |
| 30. <i>¿Existe alguna otra razón no mencionada aquí por la que no debería realizar un programa de ejercicios y/o deportes, aunque lo deseara?</i>                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |
| <b>SÓLO PARA PERSONAS GESTANTES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |    |
| 31. ¿En alguna oportunidad tuvo falta de períodos menstruales?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |
| 32. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |
| 33. ¿Cuántos períodos menstruales ha tenido durante los últimos 12 meses?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |
| 34. Nota: Si estuviera cursando un embarazo o el mismo se produce durante el cursado de su formación, se deberá informar a través presentar una constancia por especialista en Obstetricia que permita continuar con las actividades prácticas.                                                                                                                                                      |    |    |

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó “Sí”.

El presente formulario revista carácter de Declaración Jurada. La omisión o inexactitud de estas declaraciones responsabilizan directamente al aspirante y/o padre o tutor si es menor de edad liberando de toda responsabilidad jurídica al profesional actuante y a la Institución, declarando bajo fe de juramento que los datos que anteceden dados por mí son verídicos u correctos como así también me comprometo a informar de cualquier enfermedad o lesión en el desarrollo del cursado de la carrera o cualquier otra actividad representando o en el ámbito del ISEF.

Firma del aspirante: \_\_\_\_\_Aclaración: \_\_\_\_\_DNI: \_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre o tutor: (solo para menores de 18 años) \_\_\_\_\_Aclaración: \_\_\_\_\_DNI: \_\_\_\_\_