

TECNICATURA SUPERIOR EN ACTIVIDADES DE MONTAÑA

**FORMULARIO MÉDICO- DDJJ-**

|                           |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|
| DNI                       | NOMBRE Y APELLIDO                   |
| Teléfono                  |                                     |
| OBRA SOCIAL y N° Afiliado |                                     |
| GRUPO SANGUÍNEO           | ¿PRESENTA CERTIFICADO MÉDICO? SI/NO |

Usted debe llenar este formulario con la información médica completa para la asistencia a la tecnicatura. Este documento tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA. De la fidelidad de este documento depende SU SEGURIDAD y de la expedición.

**DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA PERMANECER A MÁS DE 3500 MSNM.**

En caso de tener una afección (responder sí a una consigna) describir brevemente a la misma.

|                                       |                    |    |                              |       |
|---------------------------------------|--------------------|----|------------------------------|-------|
| ¿A QUIÉN LLAMAR ANTE UNA URGENCIA?    | Nombre y N° de tel |    |                              |       |
| AFECCIONES MEDICAS PREVIAS o ACTUALES |                    |    |                              |       |
|                                       | SI                 | NO | DESCRIPCIÓN Y/O MEDICAMENTOS | DOSIS |
| ALERGIAS (detallar)                   |                    |    |                              |       |
| LESIONES DE COLUMNA                   |                    |    |                              |       |
| LESIONES DE RODILLAS Y TOBILLOS       |                    |    |                              |       |
| LESIONES DE BRAZOS/MUÑECAS            |                    |    |                              |       |
| LUXACIONES (¿DÓNDE?)                  |                    |    |                              |       |
| CONGELAMIENTO                         |                    |    |                              |       |
| EDEMA CEREBRAL                        |                    |    |                              |       |
| EDEMA PULMONAR                        |                    |    |                              |       |
| PROBLEMAS RESPIRATORIOS               |                    |    |                              |       |
| DIABETES/ GLUCEMIA                    |                    |    |                              |       |
| ENFERMEDADES CARDÍACAS                |                    |    |                              |       |
| LESIONES DE CABEZA                    |                    |    |                              |       |
| EPILEPSIA                             |                    |    |                              |       |
| CONVULSIONES                          |                    |    |                              |       |
| ENF. GASTROINTESTINALES               |                    |    |                              |       |
| HEMORRAGIAS (Problemas de sangre)     |                    |    |                              |       |
| TENSIÓN ARTERIAL                      |                    |    |                              |       |
| HEPATITIS                             |                    |    |                              |       |
| EMBARAZO                              |                    |    |                              |       |
| APENDICITIS                           |                    |    |                              |       |
| FUMA ¿cuánto?                         |                    |    |                              |       |
| ¿USA ANTEOJOS?                        |                    |    |                              |       |
| VACUNAS (ANTITETÁNICA Y COVID)        |                    |    |                              |       |
| ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD MOTRIZ?      |                    |    |                              |       |
| ¿UTILIZA ALGUNA PRÓTESIS?             |                    |    |                              |       |

**NOTA:** En caso de utilizar una medicación recetada por médico o de un tratamiento, deberá traer su propia dosis y tener capacidad de administrarla por sus propios medios. Detalle en el revés de la hoja.

**ALÉRGICOS:** deberá traer sus propios medicamentos y tener capacidad de administrarlos por sus propios medios.

La persona que suscribe la presente Ficha Médica, \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_ conoce y asume los riesgos y consecuencias de la práctica de actividades en zonas  
agrestes y de Alta Montaña específicamente.

FECHA-FIRMA y ACLARACIÓN del estudiante: .....

## **RECOMENDACIONES PARA CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DE PERMANENCIA EN ALTA MONTAÑA:**

El presente certificado reviste la importancia de acreditar que una persona se encuentra en condiciones físicas de permanecer y realizar esfuerzo en Alta Montaña, por encima de los 3.500 metros sobre el nivel del mar. Ejemplo del texto a completar:

***Por medio del presente se certifica que: [nombre de la persona y DNI] se encuentra APTO para la permanencia y realización de esfuerzo en actividades de Alta Montaña, por encima de los 3500msnm.***  
Fecha, firma y sello del profesional interviniente.

Entre las acciones de la Tecnicatura de Actividades de Montaña se incluyen las siguientes destrezas propias del montañismo:

- Desplazamiento a pie y transporte de mochilas con cargas superiores a los 20Kg en zonas de Alta Montaña.
- Ejercicios de empaquetamiento y transporte de lesionados en camillas por zonas agrestes.
- Prácticas de manejo de cuerdas y desplazamiento por grandes pendientes, roquedales, zonas nevadas y acarreos.
- Desplazamientos nocturnos.
- Desarrollo de travesías de Alta Montaña.
- Esfuerzo físico en Alta Montaña.

A la hora de la realización de la presente Certificación, **es recomendable** realizar los siguientes estudios previos (según criterio médico):

- Análisis de sangre para detectar problemas de diabetes y coagulación.
- Prueba de esfuerzo (Ergometría).
- Oximetría superior al 95% por debajo de los 2000msnm.
- RX de tórax para determinar problemas pulmonares.
- RX de columna, para detectar lesiones previas como hernias.
- Detección de problemas de movilidad y/o lesiones físicas previas.
- Detección de problemas de presión arterial (no se recomienda realizar actividades de Alta Montaña a hipertensos).

**El ISFDyT “Eusebio N. Páez” se reserva el derecho de realizar pruebas físicas adicionales previas al inicio del cursado de la *Tecnicatura Superior de Actividades de Montaña- Guía de Trekking en Cordillera*, vinculadas a la admisión definitiva del ingresante.**