



## FICHA DE SALUD 2024: Dpto. ED. FÍSICA - AUTORIZACIÓN v APTO

El/la que suscribe Progenitor o Tutor del alumno/a ..... de curso/sala..... DNI N° ..... toma conocimiento y autoriza que su hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo con su edad y sexo, según los lineamientos curriculares vigentes. Se compromete asimismo a informar por medios fehacientes cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas abajo u otra en particular en forma inmediata.

Firma y Aclaración del adulto responsable..... DNI: .....

Lugar y Fecha.....

### DEBERÁ SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Breve Historia Clínica (remarcar lo que corresponde con un círculo y completar). Deberá ser completado por Médico de cabecera de Hospital Nacional, Provincial o Municipal u Obras Sociales o Médicos Particulares.

➤ ¿Padece alguna enfermedad?	SI - NO	¿Cuál?
➤ ¿Tuvo intervenciones quirúrgicas?	SI - NO	¿Cuáles?
➤ ¿Estuvo más de un mes sin hacer Educación Física por problemas de salud?	SI - NO	¿Cuál?
➤ ¿Toma alguna medicación en forma permanente?	SI - NO	¿Cuál?
➤ ¿Ha padecido en fecha reciente alguna enfermedad tal como Hepatitis, Mononucleosis, Esguinces u otras?	SI - NO	¿Cuáles?
➤ ¿Alguna vez un médico le dijo que no podía realizar actividad física por algún motivo?	SI - NO	¿Cuál?
➤ ¿Cuál de estos factores de riesgo y/o enfermedades presenta? Soplos cardíacos - Hipertensión - Diabetes - Asma - Epilepsia - otras.	SI - NO	¿Cuál?
➤ ¿Tiene algún tratamiento tal como alergias o intolerancia a algún alimento y/o medicamento?	SI - NO	¿Cuál?
➤ Alguna otra situación determinada por el médico.....		

### EXAMEN CLÍNICO

DETERMINACIÓN DE:..... Talla:..... Peso:..... Tensión Arterial:.....

Aparato Respiratorio:..... Aparato Cardiovascular:.....

Aparato Locomotor/Postural:..... Abdomen:.....

Trastornos Neurológicos:..... Otros:.....

Observaciones:.....

Presenta al momento del examen físico.....

#### (MARCAR CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA)

APTITUD PARA REALIZAR ACTIVIDAD COMPETITIVA ACORDE A SEXO Y EDAD (indispensable para alumnos que integren grupos deportivos y que participen en competencias deportivas sistemáticas)	SI/NO
APTITUD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA NO COMPETITIVA ACORDE A SEXO Y EDAD	SI/NO

FECHA DE EMISIÓN

SELLO  
DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO

**NOTA:** ENTREGAR AL PRECEPTOR/A (Secundaria) o DOCENTE (Primaria y Jardín) DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE CLASES 2024.