



## Ficha de salud 2024: Dpto. Educación Física

El/la que suscribe padre, madre o tutor del alumno/a ..... de curso ..... , DNI Nº....., 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 Progenitor 1**..... **DNI:** .....

**Firma y Aclaración Progenitor 2**..... **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 participe 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 DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE CLASES DE 2024**