

FICHA DE SALUD 2025: Dpto. ED. FÍSICA - AUTORIZACIÓN y APTO

El/la que suscribe Progenitores o Tutor del alumno/a de curso/sala 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**(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 2025.