

## Ficha de Salud 2026

### Departamento Educación Física - Autorización y 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 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 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 docente durante la primera semana de clases 2026.