



### FICHA DE APTITUD FISICA Y RECONOCIMIENTO GENERAL

Sres. Padres:

Los datos de esta ficha nos permitirán conocer mejor a su hijo/a y así podremos trabajar sus capacidades en forma correcta. También nos serán de utilidad para ser lo más eficiente posible, en caso de tener que brindarle primeros auxilios. Por ello, por favor llenar el formulario adecuadamente.

Para su tranquilidad, le informamos que la ficha es confidencial y solo será tratada en caso de ser necesario con usted y/o con el médico de su confianza.

La presente ficha avala su aptitud física para trabajar en forma normal durante las actividades escolares y las clases de Educación Física, por lo cual debe ser firmada por el profesional médico.

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: .....	
SEXO:    MASCULINO – FEMENINO	DNI Nº:.....
LUGAR DE NACIMIENTO: .....	PCIA: .....
FECHA: ...../...../.....	TELEFONO PARTICULAR: .....
DOMICILIO ACTUAL: .....	
.....	

SABER NADAR:    SI - NO	GUSTA DE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS:	SI - NO
DEPORTES QUE PRACTICA O PRACTICÓ: .....		
SU TIPO DE SANGRE ES.....		
USA ANTEOJOS:    SI - NO	CUANDO: .....	
USAS LENTES DE CONTACTO:    SI - NO	CUANDO: .....	
SUFRE DE ALGUNA AFECCION A LA PIEL:    SI - NO    CUAL: .....		
PADECE ALGUNA ANOMALIA EN LOS PIES:    SI - NO    CUAL: .....		
USA CALZADO ESPECIAL:    SI - NO    CUANDO: .....		
FUE OPERADO DE APENDICE:    SI - NO	FECHA: ...../...../.....	
POSEE ALGUN TIPO DE HERNIA:    SI - NO    CUAL: .....		
POSEE ALGUNA FORMACION OSEA QUE LE IMPIDA O RESTRINJA LA PRÁCTICA DEPORTIVA:		
SI - NO    CUAL: .....		
TUVO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:		
HEPATITIS - SARAMPION - VARICELA - PAPERAS - ASMA - EPILEPSIA		
CUANDO Y CUALES: .....		
TIENE ALGUN ANTECEDENTE DE:		
AFECCIONES CARDIACAS:    SI - NO    CUALES: .....		
AFECCIONES RENALES:    SI - NO    CUALES: .....		
AFECCIONES RESPIRATORIAS O PULMONARES:    SI - NO    CUALES: .....		
TIENE PUESTA LA VACUNA ANTITETANICA:    SI - NO		
FECHA: ...../...../.....		



TOMA ALGUN REMEDIO EN FORMA FRECUENTE: SI - NO

CUAL Y POR QUE: .....

POSEE ALGUN TIPO DE ALERGIA: SI - NO A QUE: .....

DESEA COMENTARNOS ALGO DE SU SALUD QUE CONSIDERE DEBAMOS SABER.....

.....

RECOMENDACIONES: Es conveniente, previa consulta con su médico de cabecera, que el alumno se efectúe un electrocardiograma o una ergometría de esfuerzo.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: .....

ACLARACION: .....

**CERTIFICADO DE SALUD ESCOLAR**

CERTIFICO QUE: ..... D.N.I Nº:....., CUYA HISTORIA CLINICA QUEDA EN MI PODER, HA SIDO EXAMINADO CLINICAMENTE EN EL DÍA DE LA FECHA, ENCONTRANDOSE EN CONDICIONES DE REALIZAR ACTIVIDADES ESCOLARES, INCLUIDAS LAS PROPIAS DE LA EDUCACION FÍSICA ESCOLAR CURRICULAR, QUE DEBE CORRESPONDER A SU EDAD, SEXO, GRADO DE MADURACIÓN Y DESARROLLO.

NO PRESENTA SIGNOS, NI SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD INFECTO- CONTAGIOSA.

PARA LA PRÁCTICA DE NATACIÓN (LIBRE DE PEDICULOSIS- MICOSIS) SE ENCUENTRA:

APTO  EN TRATAMIENTO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN:

COMPLETO  INCOMPLETO

DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

PESO: ..... TALLA: ..... TENSION ARTERIAL: .....

SALUD BUCAL:

BUENA  EN TRATAMIENTO

ESTADO NUTRICIONAL:

NORMONUTRIDO:  DESNUTRIDO:  RIESGO NUTRICIONAL:  SOBREPESO:  OBESIDAD:

OBSERVACIONES:.....

.....

FIRMA DEL PADRE/MADRE Ó TUTOR

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

D.N.I Nº.....

FECHA...../...../.....

FECHA...../...../.....