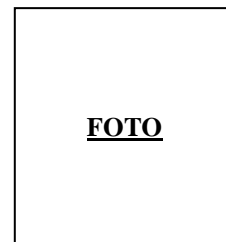




INSTITUTO SUPERIOR PORTEÑO A-80
DEPARTAMENTO DE EDUCACION FISICA



FOTO

FICHA MEDICA
ANTECEDENTES DE SALUD – INGRESO EN LA INSTITUCIÓN

Ciclo Lectivo Año 20.....

- Apellido y Nombre: _____ -Fecha _____ - Curso/Año: _____

- Fecha de Nacimiento: / / -Edad actual: _____ años. D.N.I. N° _____

- Médico Pediatra/ de Familia: _____ Teléf. de contacto _____

-Cobertura Médica: _____ Plan: _____ N° de Afiliado: _____

-Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. Lugar - Dirección – Teléfono:
2. Lugar - Dirección – Teléfono:
3. Lugar - Dirección – Teléfono:

-En caso de **URGENCIA** comunicarse con:

Apellido y Nombre (aclarar relación con el alumno)	Teléfono

INFORMACION GENERAL

-Grupo Sanguíneo _____ Factor RH _____ Peso _____ kg. Estatura _____ cm.

-Vacunación completa (incluye HPV) SI NO

Consigne a continuación si el estudiante presenta algún signo o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

- Anomalías Congénitas SI NO

Detallar:

- Otras anomalías que se debieran considerar SI NO

Detallar:

- Alteraciones Neurológicas SI NO

Detallar:

- Alteraciones Emocionales: SI NO

Detallar:

- Alteraciones en el Aparato Cardiovascular

- Cardiopatías congénitas o infecciosas SI NO
- Arritmias o soplos SI NO
- Circulatoria SI NO
- Hipertensión Arterial SI NO
- Hipercolesterolemia SI NO
- Hemofílica SI NO

Otras situaciones a considerar. Detallar:

- Alteraciones en el Aparato Respiratorio

Anomalías Respiratorias	SI	NO
Sinusitis	SI	NO
Anginas	SI	NO
Asma Bronquial	SI	NO

Otras situaciones a considerar. Detallar:

- Alteraciones en la Estructura Abdominal

Hernias	SI	NO
Cirugías	SI	NO
Úlceras Gastroduodenal	SI	NO

Otras situaciones a considerar. Detallar:

- Alteraciones en la Nutrición

Obesidad	SI	NO
Alteraciones Digestivas	SI	NO
Celiaquía	SI	NO

Otras situaciones a considerar. Detallar:

- Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular

Fracturas	SI	NO
Luxaciones	SI	NO
Esguinces	SI	NO
Lesiones Ligamentosas	SI	NO
Lesiones Musculares o Tendinosas	SI	NO
Correcta organización Columna Vertebral	SI	NO

Otras situaciones a considerar. Detallar:

- Ha padecido o padece en la actualidad:

Convulsiones	SI	NO
Alteraciones en la Piel	SI	NO
Procesos Inflamatorios	SI	NO
Procesos Infecciosos	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Dengue	SI	NO
Fiebre Reumática	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
Mal de Chagas	SI	NO
Parotiditis	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Vértigos/ Mareos	SI	NO

Otras situaciones a considerar. Detallar:

- Alergias. Especificar y fechar.

- Agudeza Visual. ¿Usa lentes? SI NO

- Evaluación Auditiva Normal SI NO

- Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:

Cefaleas	SI	NO
Mareos	SI	NO
Vómitos	SI	NO
Cansancio extremo	SI	NO
Dolor en el Pecho	SI	NO
Dificultad para Respirar	SI	NO
Pérdida de Conciencia	SI	NO

Otros síntomas, detallar

- ¿Toma alguna medicación en forma regular?
(Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración).

- ¿Ha sido internado alguna vez? SI NO
¿Cuándo? ¿Por qué?

- ¿Fue operado en algún momento? SI NO
¿Cuándo? ¿De qué?

- ¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?
Especificar:

OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro/a hijo/a son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto Superior Porteño, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha: / /

Firma de la madre _____ Aclaración _____ DNI N°: _____

Firma del padre _____ Aclaración _____ DNI N°: _____



INSTITUTO SUPERIOR PORTEÑO A-80

DEPARTAMENTO DE EDUCACION FISICA

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, / /

Certifico que _____,
DNI N° _____, de _____ años de edad, habiendo sido examinado/a clínicamente y habiéndose realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física, sean las mismas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extracurriculares y que se correspondan con su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma y sello del Medico Interviniente