Buenos Aires, noviembre de 2024

INFORMACION PARA LOS SRES. PADRES: *Todo alumno deberá cumplimentar anualmente el examen médico determinando la normalidad de su aptitud cardiovascular y sus funcionalismos generales, en vista a la conveniencia de que trabajen activamente en la escuela y en el gimnasio. Debe ser entregada durante la primera semana de clases a la maestra. Sugerimos completarla durante los meses de enero y febrero dado que los consultorios estatales o de obras sociales no tienen tanta demanda.*

La Dirección

FICHA DE APTITUD FISICA
AÑO: 2025 – Jardín y Primaria

DATOS PERSONALES:

Apellido	Nombre	Curso	Sección	Nº D.N.I
Domicilio	Localidad	Teléfono	Fecha Nac.	Grupo Sanguíneo

HISTORIA CLINICA

Enfermedades Padecidas	Enfermedades que padece/es propenso	Intervenciones Quirúrgicas	Vacunas Recibidas	Última dosis Fecha
() Sarampión	() Asma	() Apendicitis	() BCG……	___/___/___
() Poliomielitis	() Bronquitis	() Amigdalitis	() Hepatitis B HB……	___/___/___
() Escarlatina	() Resfríos	() Hernia	() Neumococo Conjugada.	___/___/___
()Epilepsia/Convulsiones	() Afección oído	() Fracturas	() Quíntuple Pentavalente	___/___/___
() Difteria	() Afección ojos	() Esguinces	() Cuádruple o Quíntuple Pentavalente……	___/___/___
() Tos Convulsa	() Afección nariz	() Implante coclear	() Sabin OPV……	___/___/___
() Impétigo	() Enuresis	() Diábolo	() Triple viral (SRP)……	___/___/___
() Sinusitis	() Desmayos	() Otras	() Gripe……	___/___/___
()Paperas	() Cardiopatías		() Hepatitis A……	___/___/___
()Varicela	() Diabetes		() Triple bacteriana Celular DPT……	___/___/___
() Rubéola	() Otras		() Triple Bacteriana Acelular dTpa……	___/___/___
() Mononucleosis			() Virus Papiloma Humano	___/___/___
() Hepatitis			() Fiebre Amarilla FA……	___/___/___
() Otras			() Otras……	___/___/___

¿Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI ☐ *NO* ☐

¿Por qué? ……

Se observan irregularidades en el sueño? SI ☐ *NO* ☐

Se observan irregularidades en la alimentación? SI ☐ *NO* ☐

ES ALERGICO A:

Comidas: SI ☐ *NO* ☐ *¿Cuáles?:* ……

Medicamentos: SI ☐ *NO* ☐ *¿Cuáles?:* ……

Picaduras de insectos: SI ☐ *NO* ☐ *¿Cuáles?:* ……

Antibióticos:. SI ☐ *No* ☐ *¿Cuáles?* ……

¿Está tomando algún medicamento? SI ☐ *NO* ☐ *¿Cuál?*.....

¿Está bajo algún tratamiento médico? SI ☐ *NO* ☐ *¿Cuál?*.....

¿Está bajo algún tratamiento psicológico? SI ☐ *NO* ☐

Obra social a la que pertenece:..... *Nº de afiliado:* ……

PARA LOS PADRES:

Habiendo certificado que mi hijo/a..... se encuentra en buenas condiciones de salud, lo autorizo a participar en las clases y en Ed. Física. Asimismo me hago responsable del control periódico de salud y notificaré cualquier anomalía que se presente. También autorizo que sea atendido por la emergencia médica que esté contratada en ese momento y que en caso de urgencia sea trasladado a un hospital público.

EN CASO DE URGENCIA: *En horario de clases avisar a:..... Tel:.....*

.....	.....	.....
Firma del Padre/Madre o Tutor	*Fecha*	*Aclaración*