

**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 al preceptor/a con una fotocopia. 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 – Secundario**

**DATOS PERSONALES:**

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

**HISTORIA CLINICA**

<b>Enfermedades Padecidas</b>	<b>Enfermedades que padece/es propenso</b>	<b>Intervenciones Quirúrgicas</b>	<b>Vacunas Recibidas</b>	<b>Última dosis Fecha</b>
( ) 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			( ) Fiebre Hemorrágica Argentina.....	___/___/___
			( ) 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