

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: 2026 – Jardín y Primaria

DATOS PERSONALES:

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

HISTORIA CLINICA

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