

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 FISICAAÑO: 2026 – Secundario**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
<ul style="list-style-type: none"> () Sarampión () Poliomielitis () Escarlatina () Epilepsia/Convulsiones () Difteria () Tos Convulsa () Impétigo () Sinusitis () Paperas () Varicela () Rubéola () Mononucleosis () Hepatitis () Otras 	<ul style="list-style-type: none"> () Asma () Bronquitis () Resfriados () Afección oído () Afección ojos () Afección nariz () Enuresis () Desmayos () Cardiopatías () Diabetes () Otras 	<ul style="list-style-type: none"> () Apendicitis () Amigdalitis () Hernia () Fracturas () Esguinces () Implante coclear () Diábolos () Otras 	<ul style="list-style-type: none"> () 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 / / / () 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: N° 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