

**INSTITUTO SAN ROQUE (A-494)**Instituto Privado Incorporado a la Enseñanza Oficial  
CONGREGACIÓN OBLATOS DE LA VIRGEN MARIA**FICHA MÉDICA**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: \_\_\_\_\_  
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ FACTOR Rh: \_\_\_\_\_  
OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ SOCIO N°: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

Marque con una **X** la opción que corresponda:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares menos de 50 años		
Hipertensión		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones o epilepsia		
Traumatismos de cráneo		
Diabetes o celiacía		
Alteraciones sanguíneas		
En relación a durante y después del ejercicio, ha padecido alguna vez: desmayos, mareos, dolor en el pecho y/o cansancio excesivo		
Palpitaciones y/o dificultad para respirar		
Afecciones auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias (en caso afirmativo, detallar fecha)		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problemas de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
<b>Observaciones:</b> (Detalle las respuestas afirmativas)		



**INSTITUTO SAN ROQUE (A-494)**

Instituto Privado Incorporado a la Enseñanza Oficial  
CONGREGACIÓN OBLATOS DE LA VIRGEN MARIA

Buenos Aires, .....

**APTO FÍSICO**

Certifico haber examinado a \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_, quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas u deportivas acorde a su edad.  
Para ser presentado ante las autoridades del Instituto "San Roque" (A-494).

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional

\_\_\_\_\_  
Sello y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad.  
Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado. JUNTO CON LA FICHA PRESENTAR CERTIFICADO BUCODENTAL, OFTALMOLÓGICO Y AUDIOMETRÍA.



**PLANILLA DE SALUD**

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS**

**FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA:** Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiante pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo \_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_ N° de contacto \_\_\_\_\_.

Declaro estar debidamente **informado** y doy miexpreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

**Marque con una cruz la opción que corresponda:**

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		





Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
<b>Observaciones:</b> (detalle las respuestas afirmativas).		

**Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.**

**Importante:** En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.



**INSTITUTO SAN ROQUE (A-494)**  
Instituto Privado Incorporado a la Enseñanza Oficial  
CONGREGACIÓN OBLATOS DE LA VIRGEN MARÍA

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

**PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:**

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

DNI

