

DATOS DEL ALUMNO/A:

Apellido y nombres: _____
 Nivel: _____ Curso: _____
 DNI N°: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____
 Domicilio: _____
 Tel. Part.: _____ Ofic. Madre/padre: _____ Celular: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

- NACIÓ DE PARTO NORMAL SI / NO
 En caso de contestar NO detallar el problema

- VACUNACIONES
 - B.C.G. SI / NO
 - TRIPLE SI / NO
 - ANTISARAMPIONOSA SI / NO
 - DOBLE SI / NO
 - REFUERZO ANTITETÁNICA SI / NO
- ENFERMEDADES DE LA INFANCIA
 - SARAMPIÓN SI / NO
 - VARICELA SI / NO
 - RUBEOLA SI / NO
 - ESCARLATINA SI / NO
 - COQUELUCHE (Tos Convulsa) SI / NO
 - PAROTIDITIS (Paperas) SI / NO
 - OTRAS
- DIABETES
 - Tipo y medicación
- HEPATITIS
 - Tipo
- ASMA o ENFERMEDADES ALÉRGICAS
 - En caso de contestar SI detallar
- TRAUMATISMO DE CRÁNEO
 - Con pérdida de conocimiento SI / NO
- FRACTURAS SI / NO
 - En caso de contestar SI detallar
- EPILEPSIA o DIRRITMIA SI / NO
 - En caso de contestar SI detallar
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS S/N
 - En caso de contestar SI detallar
- LESIONES DEPORTIVAS SI / NO
 - En caso de contestar SI detallar
- MEDICACIÓN DE USO HABITUAL Y CAUSA

- ¿Es alérgico? ¿Qué medicamentos toma?

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Apellido y nombres _____
 Firma _____

EXAMEN FÍSICO (A llenar por el médico)

Peso: _____ kg. Talla: _____ m
 Grupo sanguíneo: _____ Factor: RH _____

- APARATO RESPIRATORIO

- APARATO CARDIOCIRCULATORIO
 TA: FC:
 OBS.:
- AUSCULTACIÓN:
 - Silencios libres SI / NO
 - Pulsos perifér. Ptes. y simétricos SI / NO
- APARATO DIGESTIVO
- HERNIAS
- OSTEOARTICULAR
 - POSTURA
 - PIE (Plano, Cavo, Talo, Vago)
 - COLUMNA
- OTRAS
- DERMOPATÍAS
- EXAMEN OFTALMOLÓGICO
 USA ANTEOJOS SI / NO
 Otros datos a consignar
- EXAMEN BUCODENTAL
 FALTAN PIEZAS DENTARIAS SI / NO
 CRIES SI / NO

NOTA: En caso de observar algún datos positivo resultantes de la revisión clínica, que no figure en la planilla, describir a continuación

El paciente se encuentra clínicamente apto para desarrollar actividad física y deportiva acorde a su edad, sexo y contextura física.

DATOS DEL MÉDICO

Apellido y nombres _____
 Firma _____

Observaciones:
 Lugar y fecha

Si el niño/a tiene algún problema de salud:

Recurrir a:

Institución:		
Dirección:	Teléfono:	
Obra Social:	N° afiliado:	Telefono:

Avisar al médico:

Nombre y apellido:	
Dirección:	Telefono:

Avisar a la familia:

Nombre y apellido:	
Dirección:	Telefono:

En caso de fiebre, puede suministrársele: _____

En caso de no localizar a los padres, se autoriza el traslado a _____
o al Hospital Posadas.

**El que suscribe padre/madre/tutor del alumno _____
que cursa Sala _____, toma conocimiento y autoriza para que hijo/a realice
actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo con su edad y sexo conforme a
los lineamientos curriculares vigentes por la Res. N° 12956 de la Dirección General de
Cultura y Escuelas. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra
en particular, me comprometo a informar al establecimiento bajo certificado médico la
imposibilidad parcial o total para realizar actividad física.**

Lugar y fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Aclaración: _____ **DNI:** _____