

**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

CARIES SI / NO

NOTA: En caso de observar algún dato 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 \_\_\_\_\_ Año, 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:** \_\_\_\_\_