



**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 estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe .....

en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante

.....

DNI..... que cursa la Sala/grado/año.....de Educación Inicial/Primario/Secundario.

En el Establecimiento Educativo.....

Con fecha de nacimiento.....

Con domicilio en.....

En la Ciudad de .....N<sup>a</sup> de contacto.....

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **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 al establecimiento educativo.

<b>En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		



# Instituto Evangélico Americano

Niveles Inicial, Primario y Secundario (A-36)

*“Sus huellas, nuestro camino, tu futuro”*



<b><u>Marque con una cruz la opción que corresponda:</u></b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Problemas cardíacos		
Hipertensión		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
Alergias		
Internaciones		
Tos crónica		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Cirugías		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Vacunación completa		



# Instituto Evangélico Americano

Niveles Inicial, Primario y Secundario (A-36)

*“Sus huellas, nuestro camino, tu futuro”*



**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.

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**



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires