

El presente, debe ser entregado en Dirección ANTES DEL PRIMER DÍA DE CLASES.

Instituto Timoteo

2019

APTITUD FISICA ESCOLAR

Apellido y Nombre:

D.N.I.:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Estatura: Peso:

ANTECEDENTES DE VACUNAS Y ENFERMEDADES

(Para ser respondido por el padre, madre o tutor)

Marque con una "X"	SI	NO
¿Tiene el cuadro completo de Vacunas correspondientes a su edad? (Adjunte copia del Carnet de Vacunas)		
¿Es Alérgico?		
¿Sufre Asma Bronquial?		
¿Es enfermo del Corazón?		
¿Es Diabético?		
¿Tiene Presión Alta?		
¿Tuvo o tiene Convulsiones?		
¿Tuvo o tiene Pérdidas de Conocimiento?		
¿Tiene Vértigos?		
¿Tiene Hernias?		

	SI	NO
¿Tuvo Fracturas?		
¿Usa Anteojos u otros?		
¿Usa audífonos?		
¿Tuvo Hepatitis?		
¿Tiene Hemorragia Nasal?		
¿Fue operado de Apéndice?		
¿Tuvo otras Operaciones?		
¿Tiene Problemas de Conducta?		
¿Practica Deportes?		
¿Tuvo otras Enfermedades?		

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Marque "Si" o "No" según corresponda)

Los alumnos no deben concurrir a clases estando enfermos o habiendo presentado fiebre en las últimas 24 horas. No debe concurrir a clases estando enfermo de pediculosis ni ninguna otra enfermedad infecto-contagiosa.

ENFERMEDADES	PADRE	MADRE	HERMANOS
CARDIOPATIAS			
ASMA BRONQUIAL			
DIABETES			
CANCER			

DECLARO, que las respuestas que anteceden y dadas acerca de la SALUD ACTUAL DE MI HIJO se ajustan a la verdad, y no he omitido información alguna

Salta,...../...../.....

.....
Firma del Padre o Tutor

Para ser llenado exclusivamente por un médico

EXAMEN CLINICO de la APTITUD FISICA ESCOLAR

CABEZA Y CARA	SI	NO
Malformaciones?		
Pediculosis?		
Desviacion del Labio Nasal?		
Focos Sépticos Dentarios?		
Mala Oclusión Dentaria?		
Alopecias?		
Daltonismo?		
Motilidad Ocular?		
Buena Ag. Visual Ojo Derecho?		
Buena Ag. Visual Ojo Izquierdo?		
CUELLO		
Se palpa Tumoración?		
Se palpa Adenopatías?		
Se palpa Tiroides?		
TORAX		
Ruidos patológicos en Pulmón?		

Ruidos patológicos Cardíacos?

Presión Arterial

Pulso Arterial Radial

Frecuencia Respiratoria

PIEL Y FANERAS	SI	NO
Manchas?		
Tatuajes?		
Verrugas?		
Lesiones de rascados?		
Micosis?		
ABDOMEN		
Puntos Dolorosos?		
Puntos Herniógicos?		
Visceromegalias?		
MIEMBROS		
Malformaciones?		
Deformidades?		
Acortamientos?		
Amputaciones?		
Tiene fuerza y tono muscular?		
Reflejos presentes?		
Tuvo fracturas?		

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En caso de realizar observaciones, rogamos que sean hechas con **letra clara y legible**.

EXAMEN CARDIOLÓGICO

El Examen Cardiológico es recomendado para todos los alumnos, pero es OBLIGATORIO para los alumnos que en el período lectivo 2019 cursarán sus estudios en:

- * Nivel inicial – Sala de 4 años
- * 3º y 7º Año de Primaria
- * 3º Año de Secundaria
- * y para aquellos que cursarán sus estudios por primera vez en la institución.

Adjunte en este espacio el electrocardiograma efectuado

Observaciones.....

 En caso de realizar observaciones, rogamos que sean hechas letra clara y legible.

Firma y Sello del Médico Cardiólogo:

CERTIFICADO DE SALUD ESCOLAR

Certifico que DNI
 de años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las hs, encontrándose:

En condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la Educación Física Escolar curricular, que debe corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

No presenta signos ni síntomas de enfermedad Infecto – Contagiosa.

Esquema de vacunación: Completo Incompleto

Peso.....Talla.....T/A.....

Observaciones:

Salud Bucal: Buena En tratamiento

Observaciones:

Salud Bucal: Buena En tratamiento

Firma del Odontólogo
 Fecha...../...../.....

Firma del Pediatra
 Fecha...../...../.....

En vista de la información expuesta y las constancias dadas por los facultativos médicos, el Padre, Madre o Tutor Legal del alumno/a expresa su conocimiento de toda la información de la presente y que no existe impedimento para que participe de la materia de Educación Física. Así mismo, se compromete a poner en conocimiento del establecimiento, de manera inmediata, cualquier variación referente a la salud de su hijo/a que se pueda producir durante el transcurso del año escolar.

.....
 Firma, Aclaración y N° de DNI del Padre, Madre o Tutor Legal