

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

Instituto Timoteo

2021

APTITUD FISICA ESCOLAR

DATOS DEL ALUMNO/A

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		SI	NO
¿Tiene el cuadro completo de Vacunas correspondientes a su edad? (Adjunte copia del Carnet de Vacunas)					
¿Es Alérgico?			¿Tuvo Fracturas?		
¿Sufre Asma Bronquial?			¿Usa Anteojos u otros?		
¿Es enfermo del Corazón?			¿Usa audífonos?		
¿Es Diabético?			¿Tuvo Hepatitis?		
¿Tiene Presión Alta?			¿Tiene Hemorragia Nasal?		
¿Tuvo o tiene Convulsiones?			¿Fue operado de Apéndice?		
¿Tuvo o tiene Pérdidas de Conocimiento?			¿Tuvo otras Operaciones?		
¿Tiene Vértigos?			¿Tiene Problemas de Conducta?		
¿Tiene Hernias?			¿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?		
Desviación del Tabique 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 periodo lectivo 2020 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 Firma del Pediatra
 Fecha...../..... /..... 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