

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

Instituto Timoteo

2022

APTITUD FÍSICA 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) | | | ¿Tuvo Fracturas? | | |
| ¿Es Alérgico? | | | ¿Usa Anteojos u otros? | | |
| ¿Sufre Asma Bronquial? | | | ¿Usa audífonos? | | |
| ¿Es enfermo del Corazón? | | | ¿Tuvo Hepatitis? | | |
| ¿Es Diabético? | | | ¿Tiene Hemorragia Nasal? | | |
| ¿Tiene Presión Alta? | | | ¿Fue operado de Apéndice? | | |
| ¿Tuvo o tiene Convulsiones? | | | ¿Tuvo otras Operaciones? | | |
| ¿Tuvo o tiene Pérdidas de Conocimiento? | | | ¿Tiene Problemas de Conducta? | | |
| ¿Tiene Vértigos? | | | ¿Practica Deportes? | | |
| ¿Tiene Hernias? | | | ¿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 |
|----------------|-------|-------|----------|
| CARDIOPATÍAS | | | |
| 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
EXÁMEN CLÍNICO de la APTITUD FÍSICA 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 período lectivo 2022 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 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:

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 al 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