**PLANILLA DE SALUD**

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS**

Nombre del alumno:…………………………………………………………………………………………………………………………

Año: ……………… Fecha de nacimiento:…………………………………… DNI: ……………………………………………...

Cobertura Médica: ………………………………… Número de Afiliado: ………………………………………………………

Teléfono de la cobertura: …………………………………………………......

Grupo sanguíneo: ……….. Factor:………..

Teléfonos de contacto en caso de emergencias médicas (Padre, madre, Tutor):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| Problemas cardíacos |  |  |
| Muerte súbita en familiares (menores de 50 años) |  |  |
| Hipertensión |  |  |
| Obesidad |  |  |
| Asma bronquial |  |  |
| Pérdida de conciencia |  |  |
| Convulsiones |  |  |
| Traumatismo de Cráneo |  |  |
| Diabetes |  |  |
| Alteraciones Sanguíneas |  |  |
| En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: |
| Desmayos |  |  |
| Mareos |  |  |
| Dolor en el pecho |  |  |
| Cansancio excesivo |  |  |
| Palpitaciones |  |  |
| Dificultad para respirar |  |  |
| Afecciones Auditivas |  |  |
| Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias |  |  |
| Problemas en los huesos o articulaciones |  |  |
| Cirugías |  |  |
| Internaciones |  |  |
| Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses |  |  |
| Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej.Riñón, ojos, testículos) |  |  |
| Alergias |  |  |
| Tos crónica |  |  |
| Toma de medicación habitual |  |  |
| Alergia a algún medicamento |  |  |
| Problema de piel |  |  |
| Usa anteojos |  |  |
| Vacunación completa |  |  |
| **Observaciones:** (detalle las respuestas afirmativas). |

 **APTO FÍSICO 2022 CABA ……………………**

**Certifico** haber examinado a ………………………………………… DNI:……………………… quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad y sexo.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Colegio San Tarsicio.

**……………………………………. …………………………………………………..**

**Firma del Profesional Sello Aclaratorio y N º de matrícula**

En caso de emergencia, en cualquier actividad escolar o extraescolar, el Colegio llamará a la empresa de urgencias médicas a la que se encuentra adherida. Inmediatamente dará aviso a alguno de los padres. Si se presentara una situación compleja y cuya urgencia necesitara indicada por el profesional, autorizo a los responsables de la Institución a trasladar a mi hijo/ a al centro asistencial más cercano o al siguiente:……………………………………………………………………………………………..

Declaro que los datos consignados en la presente Ficha Médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. **SIN APTO FÍSICO** no podrá realizar actividad física.

 ………………………………………………… ………………………………………………..

 Firma del Padre, Madre o Tutor Aclaración