

## Ficha de SALUD - Nivel Secundario.

Firmado por los Padres

ALUMNO/A ..... AÑO ..... Div ..... Nivel Secundario.-

**FICHA DE SALUD de EDUCACIÓN FÍSICA - Autorización para la realización de Educación Física Ciclo Lectivo 20\_\_\_\_\_**  
**Completar en su totalidad y entregar al ISA, hasta no hacerlo, el alumno/a no podrá realizar actividad física ni ser evaluado.**

Quien suscribe..... en mi carácter de padre, madre, tutor del alumno/a  
 ..... DNI ..... que cursa ..... Año y División, del Nivel Secundario, con  
 fecha de nacimiento...../...../..... en la ciudad de ..... con domicilio en .....  
 de la ciudad de.....Teléfono fijo.....y celular del padre/ madre N°.....  
 si el alumno posee celular consignar su N°..... email de contacto .....

### 1. Antecedentes de enfermedades.

a) ¿Tiene alguna enfermedad que necesite de atención y/o tratamiento médico periódico? Si  No  Cuál

b) ¿Fue internado durante los últimos tres años? Si  No  Por qué

c) ¿Es alérgico/a? Si  No  Cuál  
 De responder afirmativamente especifique a qué se debe la alergia y si recibe tratamiento

### 2. Tratamientos

a) ¿Recibe tratamiento médico? Si  No  Cuál

b) Tiene alguna limitación física Si  No  Cuál

c) Otros problemas de salud. Señalar con **X** lo que corresponda

Enfermedades metabólicas: Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	Cifosis.....	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita .....	<input type="checkbox"/>	Pie plano o pie cavo.....	<input type="checkbox"/>
Trastornos respiratorios.....	<input type="checkbox"/>	Ha padecido recientemente	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías infecciosas.....	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A (60 días).....	<input type="checkbox"/>
Hernias inguinal o inguoscrotal.....	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B (60 días).....	<input type="checkbox"/>
Peso.....KG.		Hepatitis.....	<input type="checkbox"/>
Talla.....Mts.		Sarampión, rubéola, escarlatina, varicela, etc. (30 días).....	<input type="checkbox"/>
Problemas de columna y/o pies.....	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis infecciosa (30 días).....	<input type="checkbox"/>
Escoliosis.....	<input type="checkbox"/>	Esguinces, luxaciones o fracturas .....	<input type="checkbox"/>
Lordosis.....	<input type="checkbox"/>	Posee todas las vacunas obligatorias .....	<input type="checkbox"/>
Otras .....	<input type="checkbox"/>	Fecha de última vacunación ANTITETÁNICA (REFUERZO) .....	<input type="checkbox"/>

• Agregue sintéticamente lo que considere importante y que deba saber el médico o el profesor/a y no figure en la presente ficha. ....

**Importante:** El Instituto San Alfonso, solicita obligatoriamente, la entrega a los preceptores, la presente planilla (plazo de entrega: SEGUNDA SEMANA DE CLASES) y del CERTIFICADO MÉDICO con el **APTO** o **NO APTO PSICOFÍSICO** para realizar Educación Física, actividad física formativa y competitiva, (plazo de entrega hasta 30 de abril) de no remitirlas, el alumno **no podrá realizar Educación Física a fin de resguardarlo, por lo tanto NO será evaluado y su nota será 4 (cuatro)**. Se establece también que para que el alumno/a pueda ser evaluado, deberá tener al menos el 65% de asistencia trimestral cumplida.

Si usted contesta de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores de Antecedentes de enfermedades, se le solicita que presente las certificaciones médicas que avalen esa información. En dicha certificación debe consignar el profesional, que el alumno/a se encuentra clínicamente apto/a o no apto para realizar Educación Física. En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, debe comprometerse a informar a las autoridades del colegio, acompañando la certificación médica correspondiente.

Les recomendamos que para la ficha médica, es importante realizar los correspondientes exámenes cardiológicos, buco dental, de visión y audición. Los alumnos de Educación Secundaria, deberían realizarse un electrocardiograma y una ergometría, junto con los estudios antes mencionados. Los alumnos/as deberán asistir a las clases de Educación Física, con la Libreta Pedagógica y el Uniforme reglamentario completo. Aquellos alumnos que utilicen PAF deberán tenerlo en su mochila o bolso personal, con las indicaciones correspondientes para su uso.

En caso de que el alumno tenga algún problema de Salud:

Avisar a familiar:.....Apellido y Nombre .....Teléfonos.....

Avisar a familiar:.....Apellido y Nombre .....Teléfonos.....

Bella Vista, ..... de ..... de 20\_\_\_\_\_.

**Certifico que los datos de la presente autorización son verídicos. Conociendo el estado de Salud psicofísica de mi hijo/a, lo autorizo a que realice Educación Física, actividad física formativa y competitiva, con esfuerzo cardiovascular adecuado, en función de su edad cronológica y sexo, según establecen los lineamientos del Diseño Curricular Jurisdiccional que rigen actualmente para las escuelas de la Provincia de Buenos Aires. Declaro que los datos consignados en la Ficha de Salud, tienen carácter de Declaración Jurada y se ajustan a la realidad. Me comprometo a entregar el Certificado Médico con el APTO o NO APTO, en tiempo y forma. Acepto además, que en el caso de ser necesario, los responsables del alumno, cumplan con las indicaciones dadas por el Servicio Médico que atienda a mi hijo/a y sigan las pautas que establecen las autoridades de la Institución.**

**En caso de accidente, luego del aviso a los padres el alumno será trasladado a:** .....

Firma Padre, Madre o Tutor

Aclaración

Tipo y N° de Documento



## Ficha MÉDICA

Firmado por el Médico

Fotocopia de FOTO 4x4 del  
ALUMNO

### APTO PSICOFÍSICO - CERTIFICADO MÉDICO

Bella Vista, (fecha) ..... de ....., de 20 .....

Dejo constancia de haber examinado a .....  
(nombre y apellido del alumno/a)

DNI Nro: ..... Año ..... div.- Nivel ..... que asiste al INSTITUTO SAN ALFONSO,

Quien se presenta clínicamente  APTO /  NO APTO para la práctica de Educación Física, Deportes y  
(TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

Competencias, acorde a su edad.

Observaciones .....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha