**Ficha de SALUD - ADULTOS.**

**Entregar documento Firmado**

 NOMBRE Y APELLIDO………….……………………………………………………………………………………………….…………… FECHA ……………

**FICHA DE SALUD de ACTIVIDAD FÍSICA**

***Completar en su totalidad y entregar al ISA, hasta no hacerlo, no podrá realizar actividad física ni ser evaluado.***

Quien suscribe……………………………………………………………………………………………………….................. DNI ………………….…………………… que cursa ……..….…, con fecha de nacimiento……/……/…… en la ciudad de ……………..……………… con domicilio en ……………………………………..…………………………………….………. de la ciudad de………………………………………………Teléfono fijo…………………………….y celular N°……..…………………………………………………

email de contacto ……………………………………………………………………….. INDICAR OTRO TELÉFONO DE CONTACTO: ………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si** |  | **No** |  | **Cuál** |  |

1. **Antecedentes de enfermedades**.

a) ¿Tiene alguna enfermedad que necesite de atención y/o tratamiento médico periódico?

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si** |  | **No** |  | **Por qué** |  |

b) ¿Fue internado durante los últimos tres años?

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si** |  | **No** |  | **Cuál** |  |

c) ¿Es alérgico/a?

De responder afirmativamente especifique a qué se debe la alergia y si recibe tratamiento

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Tratamientos**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si** |  | **No** |  | **Cuál** |  |

a) ¿Recibe tratamiento médico?

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si** |  | **No** |  | **Cuál** |  |

b) Tiene alguna limitación física

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

* 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/docentes, la presente planilla (plazo de entrega: ……………………………) y del CERTIFICADO MÉDICO con el ***APTO*** o ***NO APTO PSICOFÍSICO*** para realizar Educación Física, actividad física formativa y competitiva, (plazo de entrega hasta ………………….) de no remitirlas, **no podrá realizar Educación Física/Deportes a fin de resguardarlo**. 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 usted se encuentra clínicamente apto/a o no apto para realizar Educación Física o actividades deportivas. 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.

 Para la ficha médica, es importante realizar los correspondientes exámenes cardiológicos, buco dental, de visión y audición. Deberán realizarse un electrocardiograma y una ergometría, junto con los estudios antes mencionados. Aquellas personas que utilicen PAF deberán tenerlo en su mochila o bolso personal, con las indicaciones correspondientes para su uso.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En caso de que el adulto 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 mi estado de Salud psicofísica accedo por propia voluntad a realizar Educación Física, actividad física formativa y competitiva, 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, cumpliré con las indicaciones dadas por el Servicio Médico que me atienda y seguiré las pautas que establecen las autoridades de la Institución.***

***En caso de accidente, luego del aviso a un familiar será trasladado a la Institución hospitalaria más cercana para su pronta atención.***

----------------------------------------- ---------------------------------------------------------------------------- ----------------------------------------------

 Firma Aclaración Tipo y Nº de Documento

**Ficha MÉDICA**

**Fotocopia de FOTO 4x4 del ALUMNO**

**Firmado por el Médico**

APTO PSICOFÍSICO - CERTIFICADO MÉDICO

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

Dejo constancia de haber examinado a ………………………………………………………………………....

 (nombre y apellido del paciente)

DNI Nro: ……………………………………. que asiste a las actividades deportivas que brinda el 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