

PLANILLA DE SALUD

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

**FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA:** Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo \_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_ N° de contacto \_\_\_\_\_.

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

|  | 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   |  |  |
| <b>Observaciones:</b> (detalle las respuestas afirmativas).                 |  |  |

**Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.**

**Importante:** En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.



En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

**PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:**

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>

