



**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), hapadecido 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).		

**APTO FÍSICO 2023**

**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 ° 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