

# PLANILLA DE SALUD 2024

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 nuestras/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 estudiante 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 Primaria en la Escuela Cristiana de la Puerta Abierta con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ (Localidad).

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. **JUNTO CON LA PRESENTE FICHA SE DEBERÁ ADJUNTAR EL APTO MÉDICO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA QUE DEBERÁ ESTAR FIRMADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD.** (Tiene validez por un año)

✓ **Médico Pediatra/de familia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_

✓ **Cobertura Médica:** \_\_\_\_\_ **Plan:** \_\_\_\_\_ **Número**

**Afiliado:** \_\_\_\_\_

✓ **Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:**

**Lugar - Dirección - Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Lugar - Dirección - Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Lugar - Dirección - Teléfono:** \_\_\_\_\_

✓ **En caso de Emergencia comunicarse con:**

**1. Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto:**

---

**2. Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto:**

---

**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		

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Alteraciones Sanguíneas		
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		
Alergias alimentarias / ¿A qué alimento?		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		

**Observaciones:** (detalle las respuestas afirmativas).

---

---

---

---

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

**Autorizamos al Servicio de Emergencias contratado por el establecimiento a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.**

**Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.**

**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

