

APTO PSICOFÍSICO PREPARTICIPATIVO PARA ACTIVIDADES ESCOLARES

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO:

NOMBRE Y APELLIDO.....
 DNI.....
 FECHA DE NACIMIENTO.....
 DOMICILIO (INDICAR PISO Y DEPTO.).....
 NOMBRE DEL TUTOR.....
 TELÉFONO CASA.....
 TELÉFONO CELULAR.....
 TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA.....
 OBRA SOCIAL / PREPAGA.....
 GRUPO SANGUÍNEO.....

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL/LA ALUMNO/A A COMPLETAR POR EL RESPONSABLE PARENTAL (RP):

- ¿Existe alguna causa por la cual su médico le indicó que no participará o limitará su participación en actividades deportivas?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Toma algún medicamento especificado por su médico?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Toma algún suplemento, vitaminas, minerales u otras sustancias?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tuvo alguna vez pérdida de conocimiento durante o poco después (menos de 1 hora) del ejercicio?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tuvo alguna vez una molestia, dolor u opresión en el pecho durante el ejercicio?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tuvo o tiene algún familiar directo (padre, hermanos, hijos) con una enfermedad cardíaca?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tuvo o tiene algún familiar directo (padre, madre, hijos) que falleciera súbitamente por problemas cardíacos antes de los 50 años?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Alguna vez su médico le dijo que tuvo alguna de las siguientes enfermedades? (marque con una X)
 - Enfermedad de Marfán
 - Prolapso mitral
 - Enfermedad valvular cardíaca
 - Ninguna
- ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas? (marque con una X)

<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Chagas
- ¿Tuvo alguna vez palpitaciones durante un ejercicio o actividad física?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Alguna vez sintió golpes o latidos fuertes aislados en el corazón durante el ejercicio?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Fue sometido a una operación?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tuvo dificultad para respirar durante o posterior a un ejercicio?
 NO SI ESPECIFIQUE

- ¿Tuvo o tiene asma bronquial?
 NO SI ESPECIFIQUE SI UTILIZA ALGÚN MEDICAMENTO
- ¿Tiene silbidos, se le cierra el pecho o tose frecuentemente durante o después del ejercicio?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tuvo algún traumatismo de cráneo?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tuvo algún golpe en la cabeza en el cual tuvo confusión o no recuerda qué pasó?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tuvo convulsiones?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tiene dolor de cabeza durante el ejercicio?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Alguna vez tuvo hormigueos, adormecimiento o debilidad en los brazos y piernas después de una caída o ser golpeado?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tuvo desgarros, tendinitis, luxaciones, esguinces o fracturas? (ESPECIFIQUE lesión, miembro y fecha)
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Utiliza algún soporte externo para una lesión o protector (plantillas, ortesis, tobilleras, vendajes, casco, protector bucal)?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Usa lentes de contacto o anteojos cuando juega?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Usa Prótesis?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Usa silla de ruedas?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Tiene algún tipo de alergias? (marque con una X)
 Medicamentos Alimentos Insectos Ninguna
- ¿Tiene un solo órgano de los siguientes? (marque con una X)
 Ojo Riñon Testículo Ninguno
- ¿Posee alguna discapacidad física?
 NO SI ESPECIFIQUE
- ¿Posee alguna discapacidad Psíquica?
 NO SI ESPECIFIQUE

Declaro que los datos en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad.
 Me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Firma del tutor: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA DEBE COMPLETAR EL MÉDICO ESPECIALISTA:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

Agudeza Visual..... Derecho..... Izquierdo.....

- ¿Usa anteojos?
() NO () SI ESPECIFIQUE

Firma y sello del profesional

EXAMEN AUDITIVO:

ESPECIFIQUE

Firma y sello del profesional.....

EXAMEN BUCODENTAL:

ESPECIFIQUE

Firma y sello del profesional.....

EN CASO QUE EL NIÑO/ADOLESCENTE POSEA ALGUNA DISCAPACIDAD PSÍQUICA/FÍSICA:

ESPECIFIQUE

- ¿Posee certificado de Discapacidad? (Ley 24901) () NO () SI

En caso de respuesta positiva adjuntar Certificado de Discapacidad.-

TIPO DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditivo				
Visual				

Firma y sello del profesional.....

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA DEBE COMPLETAR EL MÉDICO CLÍNICO O PEDIATRA:

EXAMEN FÍSICO:

PESO..... TALLA.....Rel PESO/TALLA.....

EXAMEN PIEL Y T.C.S.C:.....

EXAMEN CABEZA Y CUELLO:.....

EXAMEN CARDIOVASCULAR:.....

Auscultación:

Frecuencia cardíaca:

Tensión arterial:

EXAMEN RESPIRATORIO:

EXAMEN ABDOMEN:

EXAMEN GENITOURINARIO:

HÁBITOS TÓXICOS:.....

EXAMEN OSTEOARTICULAR:.....

EXAMEN NEUROLÓGICO:.....

**EN CASO QUE EL NIÑO/ADOLESCENTE SE ENCUENTRE REALIZANDO ALGUN TRATAMIENTO:
ESPECIFIQUE**

Se debe adjuntar para el Nivel Primario y Secundario:

- ESTUDIO COMPLEMENTARIO OBLIGATORIO: ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES INFORMADO POR MÉDICO CARDIÓLOGO (Adjuntar a esta ficha):

Informe:

EXÁMENES ESPECIALES AL INICIO DE UNA ACTIVIDAD DEPORTIVA Y/O COMPETITIVA: Se realizan SOLO UNA VEZ a los 15 años antes de iniciar la actividad física deportiva y/o competitiva, o al momento de iniciar la actividad si esto sucede a más edad:

- Ecocardiograma
- Radiografía de tórax
- Laboratorio:
 - ✓ Hemograma completo.
 - ✓ Glucemia.
 - ✓ Urea y Creatinina.
 - ✓ Hepatograma.
 - ✓ Perfil lipídico.

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LIBRETA DE VACUNAS

EN CASO DE SUMA EMERGENCIA Y DE NO PODER UBICAR AL TUTOR, AUTORIZO QUE MI HIJO/A SEA TRASLADADO Y ATENDIDO EN EL CENTRO ASISTENCIAL.

Lugar y Fecha

Firma y aclaración del RP

Dejo constancia que _____ DNI N° _____ el día de la fecha se encuentra APTO, clínicamente, para realizar actividades físicas de la programación escolar, de acuerdo a su edad.

Lugar y Fecha

Firma y sello del médico

NOTIFICADO: _____

Firma del RP

Firma del profesor de Educación Física