

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)

() Hipertensión arterial	() Fumador	() Artritis
() Colesterol alto	() Soplo cardíaco	() Anemia
() Diabetes	() Epilepsia	() 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 Riñón 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