

INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
 PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
 Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
 Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
 Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



APTO PSICOFÍSICO PREPARTICIPATIVO PARA ACTIVIDADES ESCOLARES (hoja 1)

Apellidos (como figura en el DNI):

Nombres (como figura en el DNI):

Nº DNI:..... Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: Sexo: F M

La siguiente planilla la debe completar el médico pediatra o médico clínico
 CADA AÑO ANTES DE COMENZAR LAS CLASES

EXAMEN FÍSICO

Peso:	Pc ()	Talla:	Pc ()	IMC:	Pc ()
Examen bucodental	Caries: sí / no	Ortodoncia fija: sí / no	Oclusión dental:		
Examen visual	OD:_____	OI:_____	Pupilas: Visión cromática:		
Examen cardiovascular	Inspección:	Auscultación:	FC: TA: Pc () Pulsos humerales: Pulsos femorales:		
Examen respiratorio	Inspección:	Auscultación:			
Examen abdominogenital	Inspección:	Palpación:			
Examen músculo esquelético	Actitud Movilidad articular Apoyo plantar	Postura Cuello Extremidades superiores	Asimetrías Tronco Extremidades inferiores		
Examen neurológico					
Evaluación madurativa	Estadio Tanner:	Menarca:	Ritmo menstrual:		

En caso que el adolescente posea alguna discapacidad psíquica o física, especificar:

.....

Tipo de deficiencia	Leve	Moderado	Grave	Profundo
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditiva				
Visual				

¿Posee certificado de discapacidad (Ley 24901)? sí / no

En caso de respuesta positiva adjuntar el certificado.

INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



APTO PSICOFÍSICO PREPARTICIPATIVO PARA ACTIVIDADES ESCOLARES (hoja 2)

Observaciones (detallar hallazgos)

¿Indica estudios complementarios? Estos estudios son obligatorios para alumnos ingresantes *

Electrocardiograma sí / no
Laboratorios sí / no Indique cuáles:

Radiografías y/o ecografías sí / no Indique cuáles:.....

¿Indica interconsultas?

Odontólogo: sí / no
Oftalmólogo: sí / no
Fonoaudiólogo: sí / no
Otro especialista: sí / no Indique cuál:.....

En caso de haber realizado interconsultas traer estudio/s y certificado/s del especialista.

*EXÁMENES MÉDICOS OBLIGATORIOS

- Al iniciar el secundario o ingresar al IAB: electrocardiograma.
- Al cumplir los 15 años o al ingresar al IAB luego de los 15 años: **laboratorios completos** (hemograma completo, hepatograma, uremia, creatinina y perfil lipídico) **radiografía de tórax, ecocardiograma.**

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA LIBRETA DE VACUNAS

APTO FÍSICO

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

Lugar y fecha:..... Firma y sello del médico.....

AUTORIZACIÓN DE TRASLADO

Como padre o tutor del/ de la mencionado/a alumno/a, en caso de suma emergencia y de no poder ubicar al tutor, autorizo a que sea trasladado y atendido en el centro asistencial.

Lugar y fecha:..... Firma y aclaración del tutor.....