

# 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 ( ) 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:

•.....ESTU

**DIO 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:**

- ..... E  
  cocardiógrama
- ..... R  
  radiografía de tórax
- ..... L  
  laboratorio:
  - ✓..... H  
    hemograma completo.
  - ✓..... G  
    hematocrito y hemoglobina.
  - ✓..... U  
    urea y Creatinina.
  - ✓..... H  
    hepatograma.
  - ✓..... P  
    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