PLANILLA DE SALUD

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 nuestra/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 estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Caba, ……./……./2027.

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la estudiante _____ DU _____ que cursa _____ año de Educación Secundaria en el Establecimiento Educativo _____ con fecha de nacimiento_____con domicilio en _____ en la Ciudad de _____ N° de contacto _____.
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.

Marque con una cruz la opción que corresponda:	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita (familiares menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de cráneo		
Diabetes		
Alteraciones sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos		
Mareos		
Dolor de pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
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		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
Otros/Observaciones:		

Posee cobertura médica: SI / NO

N° de Afiliado:……..……

Obra social:……. **Prepaga:**……

Plan médico de cabecera:……..

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

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 o síntomas, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

……. …… …….

Firma Aclaración N° de DU

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.

***Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los CESAC cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste podés hacerlo a través del 147, comunicarte con BOTI**