



## 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. Este formulario permite conocer el estado general de la salud de nuestras/os estudiantes. Por ello es requisito obligatorio para que la/el estudiante pueda participar de actividades físicas. Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable**

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ que cursa: (año/grado/sala), \_\_\_\_\_ (especialidad/división) \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, con domicilio en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ de la localidad \_\_\_\_\_ Provincia/Ciudad: \_\_\_\_\_, N° de teléfono 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 en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Pérdida de conciencia		
Obesidad		
Asma bronquial		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
<b>En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:</b>		
Desmayos Mareos		
Dolor en el 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		
Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas).		

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, 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 DNI

**PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:**

Se recomienda realizar controles de salud anuales, con el objetivo de monitorear el crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo. En caso de no poseer Obra Social o Prepaga, están a disposición los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) que 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. Los mismos cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Quien lo desee puede abrir una Historia Clínica y continuar con los cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centrode-salud>