

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.

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante _____ DNI _____ que cursa _____ año/grado de Educación Inicial/Primaria/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 en 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 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.

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.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

Tipo y N° de DNI

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 te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

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

