

## Ficha de Reconocimiento Médico-Aptitud Física

Ciclo Lectivo 2022



### Datos Personales del alumno (a completar por el tutor)

Apellido/s: ..... Nombre: .....  
DNI N°: ..... Fecha de Nacimiento: / /  
Dirección: .....  
Celular del Tutor: ..... Celular para urgencias: .....  
Sala/Grado/Curso: ..... Turno: .....  
Nivel (Inicial - Primario - Secundario): .....



### Reconocimiento Médico (a completar por el Profesional Médico)

**Esquema de vacunación según su edad** Completa: ..... Incompleta: .....  
Observaciones: .....  
Grupo Sanguíneo: ..... Factor: .....

### Medidas Antropométricas

Talla: ..... Peso: ..... Estado físico s/BMI: .....  
Bajo peso: ..... Normal: ..... Sobre peso: ..... Obesidad: .....

### Sistema Cardiovascular

Normal: ..... Anormal: ..... Pulsaciones: ..... P/MTA: .....  
Normal: ..... Hipotensión: ..... Hipertensión: .....  
Observaciones: .....

### Intervenciones quirúrgicas

Hernia: ..... Corazón: ..... Apéndice: ..... Amígdalas: ..... Rodilla: .....  
Otros: .....  
Observaciones: .....

### Enfermedades contraídas

Asma: ..... Broncoespasmo: ..... Covid: ..... Varicela: .....  
Papera: ..... Sarampión: ..... Rubéola: ..... Hepatitis: .....  
Fiebre amarilla: ..... Tuberculosis: ..... Epilepsia: ..... Tiroides: .....  
Anemia: ..... Anorexia: ..... Bulimia: .....

Alergias: .....  
Otros: .....  
¿Está medicado?: ..... Diagnóstico: ..... Medicamento: .....

### Estructura Ósea- Trastornos traumatólogicos y/u ortopédicos

Columna: ..... Arco plantar: .....  
Esguinces: ..... Región: .....  
Luxaciones: ..... Región: .....  
Fracturas: ..... Región: .....  
Traumatismos varios: .....  
Observaciones: .....

Departamento de Educación Física

## Ficha de Reconocimiento Médico-Aptitud Física

Ciclo Lectivo 2022



Otra información de interés: .....

.....

.....

*Por lo expuesto certifico que el/la alumno/a .....  
de ..... años de edad, al momento del exámen, SÍ / NO se encuentra apto para realizar  
actividades físicas de acuerdo a su edad.*

Lugar y fecha: .....

### FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO



**Indispensable para poder participar de las clases de Educación Física**

Sr tutor:

Usted es el responsable de que su tutelado cumpla con este requisito muy importante. Por favor, complételo a conciencia y revíselo antes de firmar.

*Certifico que los datos personales y médicos arriba descriptos son verídicos, y me comprometo a comunicar, a las autoridades del colegio y al docente de educación física a cargo, dentro de las 24hs, cualquier cambio o modificación que pueda originarse durante el presente ciclo lectivo.*

*Firma del Tutor: .....*

*Aclaración: .....* D.N.I.: ..... Fecha: / /