Departamento de Educación Física

Ficha de Reconocimiento Médico-Aptitud Física

Ciclo Lectivo 2024

Colegio Yapeyú

> ⚠ *Ambas carillas de la ficha deben estar completas con la información requerida; caso contrario, no tendrá validez.*
> ***Sin este documento, los alumnos no pueden realizar las actividades previstas.***

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: ..... Sobrepeso: ..... 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: .....
Observaciones: .....

Departamento de Educación Física

Ficha de Reconocimiento Médico-Aptitud Física

Ciclo Lectivo 2024

Colegio Yapeyú

Estructura Ósea- Trastornos traumatológicos y/u ortopédicos

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

Libre de enfermedades infecto contagiosas .....
Apto/a para pileta de natación .....

IMPORTANTE | Recomendaciones para urgencias: .....

.....

.....

.....

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:* ..../..../....