

## Ficha de antecedentes de Salud

*Instituto San Rafael*  
Arzobispado de Buenos Aires

Apto Físico 20...

**NIVEL PRIMARIO**

### Datos del Alumno

<b>Apellido/s y Nombre/s</b>										<b>DNI</b>		<b>Grado</b>		<b>División</b>	
<b>Edad</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>			<b>Lugar de Nacimiento</b>					<b>Nacionalidad</b>					
<b>Domicilio (Calle)</b>				<b>Número</b>		<b>Piso</b>		<b>Dpto.</b>		<b>Localidad - Barrio</b>			<b>Código Postal</b>		
<b>Teléfono</b>			<b>Teléfono Celular</b>				<b>Otros teléfonos.</b>								

### Datos sobre la Salud

<b>Peso</b>										<b>Talla</b>				
<b>Padece actualmente (indicar SÍ o NO):</b>														
<b>Diabetes</b>			<b>Cardiopatías</b>			<b>Hipertensión Arterial</b>			<b>Hipotensión Arterial</b>			<b>Asma Bronquial</b>		
<b>Hernia inguinal o crucial</b>				<b>Convulsiones</b>			<b>Otras</b>							
<b>¿Recibe tratamiento médico?</b>		<b>No</b>		<b>Sí</b>		<b>¿Cuál?</b>								
<b>¿Es alérgico/a?</b>		<b>No</b>		<b>Sí</b>		<b>¿A qué?</b>								
<b>¿Recibe tratamiento?</b>		<b>No</b>		<b>Sí</b>		<b>¿Cuál?</b>								
<b>¿Recibe alguna medicación en forma habitual?</b>				<b>No</b>		<b>Sí</b>		<b>¿Cuál?</b>						
<b>¿Para qué?</b>														
<b>¿Presenta alguna limitación física?</b>		<b>No</b>		<b>Sí</b>		<b>¿Cuál?</b>								
<b>¿Presenta alguna situación particular determinada por su médico?</b>														
<b>¿Está apto para realizar Educación Física?</b>		<b>No</b>		<b>Sí</b>		<b>¿Cuál?</b>								
<b>¿Tiene actualizado el Calendario de Vacunas?</b>														
<b>¿Posee cobertura médica?</b>		<b>No</b>		<b>Sí</b>		<b>¿Cuál?</b>					<b>N° de socio</b>			

Los datos consignados en la presente ficha revisten el carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. (Acepto conocer que sin APTO FÍSICO no podrá realizar clases de Ed. Física ni ser calificado)

.....  
Firma del Padre/ Madre

.....  
Aclaración

## APTO FÍSICO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20...

Certifico que \_\_\_\_\_ ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares y actividades físicas, recreativas y/o deportivas acordes a su edad, sexo y grado de maduración y desarrollo. Para ser presentado ante las autoridades del Instituto San Rafael (A-120)

.....  
Firma del Médico

.....  
Sello y aclaración