Nivel Secundario   
INSTITUTO LEONARDO DA VINCI



44 #1123 · La Plata · BS AS

0221 4247535

Correo: secundario@escuelaitaliana.com Web:www.escuelaitaliana.com

**EDUCACIÓN FÍSICA**

**Ficha de Salud**

Los que suscriben (padre, madre o tutor) del alumno………………………………………………………………………….que cursa en ………. año, …………………… sección, DNI N°……………………………………………toman conocimiento y autorizan a que su hijo realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a las líneas curriculares vigentes.

**Nota:** los siguientes datos deberán ser completados por el médico de cabecera.

1. Antecedentes

●Cardiovasculares:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

●Gastroenterológicos: ………………………………………………………………………………….… …………………………………...........................................................................................

●Broncopulmonares:……………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….

●Neurológicos:…………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….

●Locomotrices:…………………………………………………………………………………………………….……..………………………………………………………………………………………………………………

●Nefrológicos:………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….

●Urológicos:………………………………………………………………………………………………………….…….…………………………………………………………………………………………………………………

●Quirúrgicos:………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………

●Otros:………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

**II.** ¿Presenta algún tipo de alergia?

1. Alergia a medicamentos
2. Alimentaria
3. Insectos d)Otros……………………………………………………………

**III.** ¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios y/o infecciosos?

Indicar con una X SI NO

**IV.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ha padecido en fecha reciente** | **Indicar con una X** | |
| **SÍ** | **NO** |
| Hepatitis (60 días) |  |  |
| Sarampión (30 días) |  |  |
| Parotiditis (30 días) |  |  |
| Mononucleosis infecciosa (30 días) |  |  |
| Esguince o luxaciones de tobillo, hombro, etc  (60 días) |  |  |

**V.** Certificado de Aptitud para actividades físicas

Certifico que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de \_\_\_años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las \_\_\_\_ horas y aparece en condiciones de realizar actividades propias de la Educación Física escolar curricular y deportivas-recreativas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

**OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma y sello del médico