



HÖLTERS

Schule

FICHA DE SALUD 2023: Dpto. ED. FÍSICA - AUTORIZACIÓN y APTO

El/la que suscribe Progenitor o Tutor del alumno/a LARA SANCHEZ PETRINI de curso/sala 5º D DNI Nº 52.622.261 toma conocimiento y autoriza que su hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo con su edad y sexo, según los lineamientos curriculares vigentes. Se compromete asimismo a informar por medios fehacientes cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas abajo u otra en particular en forma inmediata.

Firma y Aclaración del adulto responsable S. Petri Sofia Petrini DNI: 30688155

Lugar y Fecha Bs. As. 3/3/23

DEBERÁ SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Breve Historia Clínica (remarcar lo que corresponde con un círculo y completar). Deberá ser completado por Médico de cabecera de Hospital Nacional, Provincial o Municipal u Obras Sociales o Médicos Particulares.

✓	¿Padece alguna enfermedad?	SI - ☒ NO	¿Cuál?	-
✓	¿Tuvo intervenciones quirúrgicas?	SI - ☒ NO	¿Cuáles?	-
✓	¿Estuvo más de un mes sin hacer Educación Física por problemas de salud?	SI - ☒ NO	¿Cuál?	-
✓	¿Toma alguna medicación en forma permanente?	SI - ☒ NO	¿Cuál?	-
✓	¿Ha padecido en fecha reciente alguna enfermedad tal como Hepatitis, Mononucleosis, Esguinces u otras?	SI - ☒ NO	¿Cuáles?	-
✓	¿Alguna vez un médico le dijo que no podía realizar actividad física por algún motivo?	SI - ☒ NO	¿Cuál?	-
✓	¿Cuál de estos factores de riesgo y/o enfermedades presenta? Soplos cardíacos - Hipertensión - Diabetes - Asma - Epilepsia - otras.	SI - ☒ NO	¿Cuál?	-
✓	¿Tiene algún tratamiento tal como alergias o intolerancia a algún alimento y/o medicamento?	SI - ☒ NO	¿Cuál?	-
✓	Alguna otra situación determinada por el médico.....			

EXAMEN CLÍNICO

DETERMINACIÓN DE: Talla: 1.39 m Peso: 35.600 Tensión Arterial: 100/55

Aparato Respiratorio: / Aparato Cardiovascular: /

Aparato Locomotor/Postural: / Abdomen: /

Trastornos Neurológicos: / Otros: /

Observaciones: /

Presenta al momento del examen físico: /

(MARCAR CON UN CÍRCULO LO QUE CORRESPONDA)

APTITUD PARA REALIZAR ACTIVIDAD COMPETITIVA ACORDE A SEXO Y EDAD
(indispensable para alumnos que integren grupos deportivos y que participen en competencias deportivas sistemáticas)

☒ SI/NO

APTITUD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA NO COMPETITIVA ACORDE A SEXO Y EDAD

☒ SI/NO

3/3/23
FECHA DE EMISIÓN

DR. CARLOS MALACCHIA
MÉDICO PEDIATRA
Nº 2358 - M.P. 443088
SELLO
DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO

NOTA: ENTREGAR AL PRECEPTOR/A (Secundaria) o DOCENTE (Primaria y Jardín) DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE CLASES 2023.



FICHA MÉDICA

Deporte: HANDBALL Categoría en el año 2023: INFANTILES

Datos del deportista:

Nombre y apellido: LARA SÁNCHEZ PETRINI
Fecha de nacimiento: 02./08./2012 N° DNI: 52622261 Teléfono: 1157031982
En caso de urgencia contactar a: Sofía Petrini / Rodrigo Sánchez
Parentesco: Mamá / Papá Teléfono: 1157031982 / 1150259730
Médico del deportista: — Teléfono: —
Obra social y N° Afiliado: Dedius - 13803103000
Teléfono de urgencias: 41295100

- A. Grupo sanguíneo: O(-) negativo
B. Es alérgico a: —
C. Se encuentra bajo tratamiento por: —
D. Medicación que toma permanentemente: —
E. Fecha de vacunación antitetánica: 11./01./2013
F. Contrajo COVID-19 (SÍ) NO
G. Fecha de vacunación COVID-19 (esquema completo): 25./07./22
H. alguna otra situación particular determinada por el medico que deba ser conocida:
—

A completar por el médico:

¿El deportista requiere de algún tratamiento especial? SÍ / NO ¿Cuál?
¿Hace uso de algún medicamento especial? SÍ / NO. ¿Cuál?
¿Por qué?
¿Está apto para realizar actividades deportivas dentro de los entrenamientos y partidos de su disciplina durante el corriente año?
Resultado del electrocardiograma de esfuerzo

Médico responsable: Firma y sello

Lugar y fecha del examen:, de de