



HÖLTERS Schule

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

El/la que suscribe Progenitores o Tutor del alumno/a Camila Amrich de curso/año 4.º DNI N° 23.323.867 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 Progenitor 1. Andres Amrich DNI: 26894443
Firma y Aclaración Progenitor 2. _____ DNI: _____

Lugar y Fecha: _____

DEBERÁ SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Breve Historia Clínica (resaltar 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? _____
- > ¿Faltivo 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, Miositis, Esguinos 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 esos factores de riesgo y/o enfermedades presenta? Soplos cardiacos - Hipertensión - Diabetes - Asma - Epilepsia - otras. SI NO ¿Cuál? _____
- > ¿Tiene algún tratamiento tal como alergias o intolerancia a algún alimento y/o medicamentos? SI NO ¿Cuál? _____
- > ¿Alguna otra situación determinada por el médico? _____

EXAMEN CLÍNICO

DETERMINACIÓN DE: Talla: 1.47 Peso: 35 Tensión Arterial: 10/6
 Aparato Respiratorio: Normal Aparato Cardiovascular: Normal
 Aparato Locomotor/Postural: Normal Abdomen: Normal
 Trastornos Neurológicos: No 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

23 323

FECHA DE EMISIÓN

Dr. RAUL OMAR de la BARBERA
MÉDICO
S.C. 440 M.P. 48671
M. DEL MÉDICO

[Firma]
FIRMA DEL MÉDICO

NOTA: ENTREGAR AL PRECEPTOR/A (Secundaria) o DOCENTE (Primaria y Jardín) DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE CLASES 2022.