

## PLANILLA DE SALUD

### **AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS**

**FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA:** Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo \_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_ N° de contacto \_\_\_\_\_.

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

**Marque con una cruz la opción que corresponda:**

**SI NO**

- Problemas cardíacos
- Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)
- Hipertensión
- Obesidad
- Asma bronquial
- Pérdida de conciencia
- Convulsiones
- Traumatismo de Cráneo

Diabetes  
Alteraciones Sanguíneas  
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:  
Desmayos  
Mareos  
Dolor en el pecho  
Cansancio excesivo  
Palpitaciones  
Dificultad para respirar  
Afecciones Auditivas  
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias  
Problemas en los huesos o articulaciones  
Cirugías  
Internaciones  
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses  
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)  
Alergias  
Tos crónica  
Toma de medicación habitual  
Alergia a algún medicamento  
Problema de piel  
Usa anteojos  
Vacunación completa  
**Observaciones:** (detalle las respuestas afirmativas).

**Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.**

**Importante:** En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

**PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:**

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

..... Firma Aclaración

Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>