



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>