



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



APTO PSICOFÍSICO PREPARTICIPATIVO PARA ACTIVIDADES ESCOLARES (hoja 3)

Apellidos (como figura en el DNI):..... Nombres (como figura en el DNI):.....

DNI: Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: Masculino Femenino

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA DEBE COMPLETAR EL MÉDICO ESPECIALISTA:

EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

Agudeza visual: Derecho:..... Izquierdo:.....

¿Usa anteojos?

NO SI ESPECIFIQUE:

Firma y sello del profesional:

EXAMEN AUDITIVO:

ESPECIFIQUE:

Firma y sello del profesional:

EXAMEN BUCODENTAL:

ESPECIFIQUE:

Firma y sello del profesional:

EN CASO QUE EL NIÑO/ADOLESCENTE POSEA ALGUNA DISCAPACIDAD PSIQUICA/FÍSICA:

ESPECIFIQUE:

¿Posee certificado de Discapacidad (Ley 24901)? NO SI

En caso de respuesta positiva adjuntar Certificado de Discapacidad

TIPO DE DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditiva				
Visual				

Firma y sello del profesional:.....

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA DEBE COMPLETAR EL MÉDICO CLÍNICO O PEDIATRA:

EXAMEN FÍSICO:

PESO: TALLA: Relación PESO/TALLA:.....

EXAMEN PIEL Y T.C.S.C.:

EXAMEN CABEZA Y CUELLO:

EXAMEN CARDIOVASCULAR:

Auscultación: Frecuencia cardíaca:..... Tensión arterial:



INSTITUTO ADVENTISTA BALCARCE

DIEGEP 4134 - DIEGEP 2315
PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL
Ruta 226 Km. 79 - Casilla de Correo 195 - 7620 BALCARCE, Buenos Aires, Argentina
Web: iab.educacionadventista.com E mail: instituto.iab@educacionadventista.org.ar
Teléfono: (02266) 432216/18/19 Fax: (02266) 432217



APTO PSICOFÍSICO PREPARTICIPATIVO PARA ACTIVIDADES ESCOLARES (hoja 4)

EXAMEN RESPIRATORIO:

EXAMEN ABDOMEN:

EXAMEN GENITOURINARIO:

HÁBITOS TÓXICOS:

EXAMEN OSTEOARTICULAR:

EXAMEN NEUROLÓGICO:

En caso que el niño/adolescente se encuentre realizando algún tratamiento, ESPECIFIQUE:

.....

Se debe adjuntar para el Nivel Primario y Secundario:

ESTUDIO COMPLEMENTARIO OBLIGATORIO: ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES INFORMADO POR MÉDICO CARDIÓLOGO (Adjuntar a esta ficha)

INFORME:

EXÁMENES ESPECIALES AL INICIO DE UNA ACTIVIDAD DEPORTIVA Y/O COMPETITIVA: Se realizan SÓLO UNA VEZ a los 15 años antes de iniciar la actividad física deportiva y/o competitiva, o al momento de iniciar la actividad si esto sucede a más edad:

- Ecocardiograma
- Radiografía de tórax
- Laboratorio: *Hemograma completo *Glucemia *Urea y creatinina
 *Hepatograma *Perfil lipídico

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LIBRETA DE VACUNAS

EN CASO DE SUMA EMERGENCIA Y DE NO PODER UBICAR AL TUTOR, AUTORIZO QUE MI HIJO/A SEA TRASLADADO Y ATENDIDO EN EL CENTRO ASISTENCIAL.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y aclaración del Tutor

Dejo constancia que DNI:
el día de la fecha se encuentra APTO, clínicamente, para realizar actividades físicas de la programación escolar, de acuerdo a su edad.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y sello del médico

NOTIFICADO:

Firma del tutor: **Firma del profesor de Educación Física:**