



## APTO PSICOFÍSICO PREPARTICIPATIVO PARA ACTIVIDADES ESCOLARES

### DATOS PERSONALES DEL ALUMNO:

NOMBRE Y APELLIDO .....

DNI.....FECHA DE NACIMIENTO.....

DOMICILIO (INDICAR PISO Y DEPTO.).....

NOMBRE DEL TUTOR.....

TELÉFONO CASA.....TELÉFONO CELULAR.....

TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA .....

OBRA SOCIAL / PREPAGA.....GRUPO y FACTOR SANGUÍNEO.....

### INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL/LA ALUMNO/A A COMPLETAR POR EL TUTOR:

- ¿Existe alguna causa por la cual su médico le indicó que no participará o limitará su participación en actividades deportivas?  
( ) NO ( ) SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Toma algún medicamento especificado por su médico?  
( ) NO ( ) SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Toma algún suplemento, vitaminas, minerales u otras sustancias?  
( ) NO ( ) SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tuvo alguna vez pérdida de conocimiento durante o poco después (menos de 1 hora) del ejercicio?  
( ) NO ( ) SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tuvo alguna vez una molestia, dolor u opresión en el pecho durante el ejercicio?  
( ) NO ( ) SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tuvo o tiene algún familiar directo (padre, hermanos, hijos) con una enfermedad cardíaca?  
( ) NO ( ) SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tuvo o tiene algún familiar directo (padre, madre, hijos) que falleciera súbitamente por problemas cardíacos antes de los 50 años?  
( ) NO ( ) SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Alguna vez su médico le dijo que tuvo alguna de las siguientes enfermedades? (marque con una X)
  - ( ) Enfermedad de Marfán
  - ( ) Prolapso mitral
  - ( ) Enfermedad valvular cardíaca
  - ( ) Ninguna
- ¿Tuvo alguna vez ? (marque con una X)

( ) Hipertensión arterial	( ) Fumador	( ) Artritis
( ) Colesterol alto	( ) Soplo cardíaco	( ) Anemia
( ) Diabetes	( ) Epilepsia	( ) Chagas
- ¿Tuvo alguna vez palpitaciones durante un ejercicio o actividad física?  
( ) NO ( ) SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Alguna vez sintió golpes o latidos fuertes aislados en el corazón durante el ejercicio?  
( ) NO ( ) SI ESPECIFIQUE .....

- ¿Fue sometido a una operación?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tuvo dificultad para respirar durante o posterior a un ejercicio?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- Tuvo o tiene asma bronquial?  
 NO  SI ESPECIFIQUE SI UTILIZA ALGÚN MEDICAMENTO .....
- ¿Tiene silbidos, se le cierra el pecho o tose frecuentemente durante o después del ejercicio?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tuvo algún traumatismo de cráneo?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tuvo algún golpe en la cabeza en el cual tuvo confusión o no recuerda qué pasó?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tuvo convulsiones?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tiene dolor de cabeza durante el ejercicio?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Alguna vez tuvo hormigueos, adormecimiento o debilidad en los brazos y piernas después de una caída o ser golpeado?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tuvo desgarros, tendinitis, luxaciones, esguinces o fracturas? (ESPECIFIQUE lesión, miembro y fecha)  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Utiliza algún soporte externo para una lesión o protector (plantillas, ortesis, tobilleras, vendajes, casco, protector bucal)?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Usa lentes de contacto o anteojos cuando juega?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Usa Prótesis?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Usa silla de ruedas?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Tiene algún tipo de alergias? (marque con una X)  
 Medicamentos       Alimentos       Insectos       Ninguna
- ¿Tiene un solo órgano de los siguientes? (marque con una X)  
 Ojo    Riñón    Testículo    Ninguno
- ¿Posee alguna discapacidad física?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....
- ¿Posee alguna discapacidad Psíquica?  
 NO  SI ESPECIFIQUE .....

Declaro que los datos dados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Firma del tutor .....

Aclaración.....

Fecha.....

**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 PSÍQUICA/FÍSICA:**

ESPECIFIQUE .....

- ¿Posee certificado de Discapacidad (Ley 24901)? ( ) NO ( ) SI  
**En caso de respuesta positiva adjuntar Certificado de Discapacidad**

TIPO DEFICIENCIA	LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Intelectual				
Conducta				
Motriz				
Auditivo				
Visual				

Firma y sello del profesional.....

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

**EXAMEN FÍSICO:**

PESO..... TALLA..... Rel PESO/TALLA.....

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

EXAMEN CABEZA Y CUELLO:.....

EXAMEN CARDIOVASCULAR:.....

Auscultación: .....

Frecuencia cardíaca:.....

Tensión arterial: .....

EXAMEN RESPIRATORIO: .....

EXAMEN ABDOMEN: .....

EXAMEN GENITOURINARIO: .....

HÁBITOS TÓXICOS:.....

EXAMEN OSTEOARTICULAR: .....

EXAMEN NEUROLÓGICO:.....

EN CASO QUE EL NIÑO/ADOLESCENTE SE ENCUENTRE REALIZANDO ALGUN 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 SOLO 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