



## INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR LA FICHA MÉDICA PARA EDUCACIÓN FÍSICA

Este examen se realiza para tener un mayor conocimiento de sus condiciones físicas, con el fin de preservar su capacidad para el deporte.

El llenado del formulario adjunto debe ser realizado por el padre, madre o tutor del alumno/a, quien únicamente marcará el casillero que corresponda a cada una de las preguntas.

Una vez completado, firmará, aclarará la firma e indicará tipo y número de documento de identidad y la fecha.

Con dicha ficha se concurrirá a un médico cardiólogo, clínico o pediatra quien, una vez analizada la auscultación cardíaca, la tensión arterial, los pulsos periféricos y el electrocardiograma (en el caso que el profesional lo crea conveniente) firmará el apto para la práctica deportiva.

Finalmente el padre, madre o tutor firmará el consentimiento para que el alumno/a realice actividad física.

El formulario con la Ficha Médica, junto con el apto médico cardiológico y la autorización serán entregados a los preceptores, antes del 31 de marzo de 2017.

A partir de esa fecha el alumno/a no podrá realizar actividad física.

## Apto Médico

Para ser completado por médico cardiólogo o clínico luego de evaluar:

- Auscultación cardíaca
- Tensión Arterial
- Pulsos periféricos
- E.C.G.

El alumno/a \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_, es apto para la realización de todas las actividades relacionadas al Programa de Educación Física.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico:



### Datos del Alumno

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

### Datos Médicos

Es obligatorio consignar los datos siguientes, en caso de eventual tratamiento.

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor: \_\_\_\_\_

Recibió vacuna antitetánica:  sí  no Recibe insulina:  sí  no (tachar lo que no corresponda)

Qué tipo de vacuna \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Es alérgico a? \_\_\_\_\_

Afecciones de Oídos, Ojos o Nariz: \_\_\_\_\_

Es propenso a enfermarse de: \_\_\_\_\_

Medicamento que utiliza habitualmente: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ por día \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Inyectable u Oral: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO QUE NO DEBE SER TOMADO BAJO NINGÚN CONCEPTO: \_\_\_\_\_

Ha sido operado de: \_\_\_\_\_ Tipo de operación: \_\_\_\_\_

Otros datos que considere debemos saber en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Está autorizado a realizar actividad física: \_\_\_\_\_

En caso de accidente o lesiones graves autorizo a mi hijo/a: \_\_\_\_\_

a ser trasladado por personal de la institución de manera particular o en ambulancia en compañía del médico o profesional interviniente.

sí  no (Tachar lo que no corresponda)



### Antecedentes de enfermedad

(Tachar lo que no corresponda)

- sí  no ¿Fue Operado/a en los últimos 4 meses?
- sí  no ¿Toma Regularmente alguna medicación?
- sí  no ¿Estuvo internado/a en el último año?
- sí  no ¿Sufre de hormigueos en las manos?
- sí  no ¿Es diabético/a?
- sí  no ¿Es asmático/a?
- sí  no ¿Es alérgico/a?
- sí  no ¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?
- sí  no ¿Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?
- sí  no ¿Tiene desviación de columna?
- sí  no ¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?
- sí  no ¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?
- sí  no ¿Tiene dolores articulares?
- sí  no ¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses?
- sí  no ¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?
- sí  no ¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?
- sí  no ¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?
- sí  no ¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?
- sí  no ¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?
- sí  no ¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?

Según mi leal conocimiento, declaro que todos los datos que proporciono son verídicos y lo/a autorizo por intermedio de la presente a realizar actividad física en el período correspondiente a marzo de 2017 hasta marzo de 2018.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI