



COLEGIO SAN ESTEBAN

PLANILLA DE SALUD Año 20....

Apellido y Nombre del Alumno:

Fecha de Nacimiento: D.N.I.....

Curso:..... Nivel: INICIAL/PRIMARIA/SECUNDARIA

Peso:..... Altura:.....

Domicilio:..... Teléfonos Emergencia:.....

Grupo Sanguíneo:.....RH:..... Cobertura Médica:..... N°:.....

Lugar de derivación en caso de emergencia:.....

<i>Antecedentes de salud</i>	<i>si</i>	<i>no</i>
<i>¿Tiene las vacunas correspondientes al Plan Nacional Obligatorio al día?</i>		
<i>¿Fue operado en los últimos cuatro meses? Especifique en las observaciones.</i>		
<i>¿Es diabético?</i>		
<i>¿Es Alérgico? Especifique a que en las observaciones.</i>		
<i>¿Es Asmático?</i>		
<i>¿Alguna vez experimento excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?</i>		
<i>¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?</i>		
<i>¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?</i>		
<i>Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses</i>		
<i>¿Tiene desviación de columna?</i>		
<i>¿Alguna vez sintió dolor de pecho mientras realizaba ejercicios físicos?</i>		
<i>¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?</i>		
<i>¿Le han detectado alguna vez un soplo cardiaco?</i>		
<i>¿Toma habitualmente alguna medicación? Especifique cual en las observaciones.</i>		
<i>¿Fue operado de la vesícula?</i>		
<i>¿Alguien de la familia ha sufrido muerte súbita antes de los 50 años?</i>		
<i>¿Alguna vez se le ha detectado COVID 19 positivo?</i>		
<i>¿Está vacunado contra el COVID 19?</i>		

Observaciones:.....
.....

Fecha:

Firma y aclaración Padre/Madre

D.N.I:

APTO MÉDICO

CERTIFICO QUE EL ALUMNO..... DE AÑOS DE EDAD, SE ENCUENTRA APTO/A PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA ESCOLAR, ACORDE A SU EDAD Y SEXO. -

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Observaciones del médico:.....