

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>
¿Tiene las vacunas correspondientes al Plan Nacional Obligatorio al día?		
¿Fue operado en los últimos cuatro meses? Especifique en las observaciones.		
¿Es diabético?		
¿Es Alérgico? Especifique a que en las observaciones.		
¿Es Asmático?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Alguna vez sintió dolor de pecho mientras realizaba ejercicios físicos?		
¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		
¿Toma habitualmente alguna medicación? Especifique cual en las observaciones.		
¿Fue operado de la vesícula?		
¿Alguien de la familia ha sufrido muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Alguna vez se le ha detectado COVID 19 positivo?		
¿Está vacunado contra el COVID 19?		

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:.....