



COLEGIO SAN ESTEBAN  
Departamento de Educación Física

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:.....

| Antecedentes de salud   | si | no |
|---|----|----|
| ¿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 experimento 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:.....