



## Politécnico Modelo

Colegio Secundario Incorporado a la Enseñanza Oficial (A-1065)  
Av. De los Constituyentes 5880 – Ciudad de Buenos Aires (C1431EZW)

T.E. 4572-2871/ 4574-4604  
[www.ipm.edu.ar](http://www.ipm.edu.ar) mail: [instituto@ipm.edu.ar](mailto:instituto@ipm.edu.ar)

Para Campo de Deportes

### Para ser cumplimentada y entregada al comienzo del Ciclo Lectivo 2021 **FICHA DE APTITUD FÍSICA**

Por la presente me notifico formalmente de que está **absolutamente prohibido** practicar ejercicios de riesgo o deportes, solo o acompañado, en todas aquellas ocasiones en que no se encuentre en el gimnasio o lugar o campo de deportes el profesor de Educación Física a cargo del curso.

Dicha Ficha será tenida en cuenta para la atención del alumno, ante cualquier eventualidad médica, por lo cual rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible, para que los profesionales que asistan en caso de ser necesario, puedan brindar un mejor servicio de asistencia.

Rogamos completar con letra imprenta legible. La misma deberá ser entregada adjuntando certificado médico, antes de comenzar las clases de Educación Física. En caso de incumplimiento, no podrá realizar la actividad física correspondiente.

ALUMNO: \_\_\_\_\_  
D.N.I: \_\_\_\_\_ CURSO \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
GUPO Y FACTOR SANGUINEO: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
COD.POSTAL: \_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma y Aclaración del Alumno*

#### **EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE LINEA: \_\_\_\_\_  
TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL ALUMNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
TELEFONO DE LINEA: \_\_\_\_\_  
TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL ALUMNO: \_\_\_\_\_

#### **COBERTURA MEDICA PARTICULAR**

OBRA SOCIAL O PREPAGA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE AFILIADO O SOCIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE URGENCIA: \_\_\_\_\_

Si posee Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Medico: \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MEDICOS.** (Tache lo que **NO** corresponde) Enfermedades de la niñez:

Varicela: SI - NO

Sarampión: SI - NO

Rubeola: SI - NO

¿Otras?: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Vacuna Antitetánica: SI - NO Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

**OTRAS ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO O QUE PADEZCA ACTUALMENTE.**

Afecciones auditivas: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Cardiopatías: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Respiratorias (asma, etc.): SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Metabólicas: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Neurológicas (pérdida de conciencia, convulsiones, etc.): SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Digestivas: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Hepatopatías: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Psicológicas: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Traumatológicas: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Procesos Inflamatorios: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Fracturas Esguinces: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Diabetes: SI - NO ¿Tipo? \_\_\_\_\_

Hipertensión: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Muerte súbita en familiares (menores de 50 años): SI - NO ¿Vínculo? \_\_\_\_\_

Problemas de piel: SI - NO ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

Usa anteojos: SI - NO

¿Posee alguna Enfermedad crónica? \_\_\_\_\_ ¿Cual/es? \_\_\_\_\_

¿Es Alérgico? SI - NO ¿A qué cosa es alérgico? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

¿Toma medicamentos en algunas situaciones de fiebre, dolor etc.? SI - NO

En caso Afirmativo, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Cualquier otra información que considere importante o necesaria para conocimiento de los Profesionales

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha medica de mi Hijo/Hija \_\_\_\_\_ A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los Profesionales Médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre o Tutor.

\_\_\_\_\_  
Aclaración