



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 mail: instituto@ipm.edu.ar

Para Legajo

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