

## PLANILLA DE SALUD

### AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

**FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA:** Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiante pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo \_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ N° de contacto \_\_\_\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_ .

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

|                     | SI | NO |
|---------------------|----|----|
| Problemas cardíacos |    |    |



|                                                  |  |  |
|--------------------------------------------------|--|--|
| Muerte súbita en familiares (menores de 50 años) |  |  |
| Hipertensión                                     |  |  |
| Obesidad                                         |  |  |

|                                                                                |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Asma bronquial                                                                 |  |  |
| Pérdida de conciencia                                                          |  |  |
| Convulsiones                                                                   |  |  |
| Traumatismo de Cráneo                                                          |  |  |
| Diabetes                                                                       |  |  |
| Alteraciones Sanguíneas                                                        |  |  |
| En relación con el ejercicio (durante o después),<br>ha padecido alguna vez:   |  |  |
| Desmayos                                                                       |  |  |
| Mareos                                                                         |  |  |
| Dolor en el pecho                                                              |  |  |
| Cansancio excesivo                                                             |  |  |
| Palpitaciones                                                                  |  |  |
| Dificultad para respirar                                                       |  |  |
| Afecciones Auditivas                                                           |  |  |
| Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias                                  |  |  |
| Problemas en los huesos o articulaciones                                       |  |  |
| Cirugías                                                                       |  |  |
| Internaciones                                                                  |  |  |
| Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses                                |  |  |
| Falta o no funcionamiento de algún órgano par<br>(Ej. Riñón, ojos, testículos) |  |  |
| Alergias                                                                       |  |  |
| Tos crónica                                                                    |  |  |
| Toma de medicación habitual                                                    |  |  |
| Alergia a algún medicamento                                                    |  |  |
| Problema de piel                                                               |  |  |
| Usa anteojos                                                                   |  |  |
| Vacunación completa                                                            |  |  |
| <b>Observaciones:</b> (detalle las respuestas afirmativas).                    |  |  |

**Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.**

**Importante:** En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.



En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

**PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:**

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

.....

Firma

DNI

.....

Aclaración

.....

Tipo y N° de

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>



Buenos Aires Ciudad





GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES  
"2021 - Año del Bicentenario de la Universidad de Buenos Aires"

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico firma**  
**conjunta**

**Número:**

IF-2021-05576598-GCABA-SSCPE    Sábado 6 de Febrero de 2021  
E

Buenos Aires,

**Referencia:** s/ ANEXO II Planilla de Salud

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 3 pagina/s.

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales DN:  
cn=Comunicaciones Oficiales  
Date: 2021.02.06 18:53:36 -03'00'

Maria Constanza Ortiz Director  
General  
D.G. DE EDUCACION DE GESTION PRIVADA  
MINISTERIO DE EDUCACION

Digitally signed by Comunicaciones  
Oficiales DN: cn=Comunicaciones  
Oficiales  
Date: 2021.02.06 19:14:26 -03'00'

Eugenia Cortona Subsecretario  
SUBSECRETARIA AGENCIA DE APRENDIZAJE A LO  
LARGO DE LA VIDA  
MINISTERIO DE EDUCACION

Digitally signed by Comunicaciones  
Oficiales DN: cn=Comunicaciones Oficiales  
Date: 2021.02.06 19:38:51 -03'00'

Maria Lucia Feced  
Abal Subsecretario  
SUBSEC. COORDINACION PEDAGOGICA EQUIDAD  
EDUCATIVA MINISTERIO DE EDUCACION

Comunicaciones Oficiales  
DN: cn=Comunicaciones  
Oficiales Date: 2021.02.06  
19:38:53 -03'00'