



Constancia de Salud. Cuarto año

Ciclo Lectivo 20__

La Constancia de salud implica una responsabilidad compartida entre el Niño/ adolescente, el adulto responsable, el médico, los profesores de educación física y el equipo directivo.

Para ser completada por el adulto responsable / y adolescente (entre 13 y 18 años)

Apellido y nombre: DNI:
 Fecha de Nacimiento: Edad:
 Domicilio:
 Localidad:
 Teléfono 1: Teléfono 2:
 Correo electrónico:

Antecedentes personales: marque lo que corresponda

Problemas cardíacos	Sí / No	Afecciones auditivas	Sí / No
Presión arterial elevada	Sí / No	Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias	Sí / No
Obesidad	Sí / No	Otro problema en los huesos o articulaciones.	Sí / No
Asma Bronquial	Sí / No	Cirugías	Sí / No
Perdida de conciencia	Sí / No	Internaciones	Sí / No
Convulsiones	Sí / No	Enfermedades infecciosas en los últimos dos meses	Sí / No
Traumatismo de Cráneo	Sí / No	Falta o no funcionamiento de algún órgano	Sí / No
Diabetes	Sí / No	Alergias	Sí / No
Alteraciones sanguíneas	Sí / No	Tos crónica	Sí / No
		Medicación habitual	Sí / No
		Alergia a algún medicamento	Sí / No
		Problemas de piel	Sí / No
		Usa anteojos	Sí / No
		Vacunación completa	Sí / No

En relación con el ejercicio (durante o después) , ha padecido alguna vez:

Desmayos	Sí / No	Dolor fuerte en el pecho	Sí / No
Mareos	Sí / No	Mayor cansancio que sus compañeros	Sí / No
Palpitaciones	Sí / No		
Dificultad para respirar durante o después de la actividad física	Sí / No		
Consume suplementos dietarios	Sí / No		
Padeció COVID -19	Sí / No		

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):.....

Antecedentes familiares:

Muerte súbita de algún familiar directo menor de 50 años	Sí / No	Diabetes	Sí / No
Obesidad	Sí / No	Problemas Cardíacos	Sí / No
Presión arterial elevada	Sí / No	Colesterol elevado	Sí / No
		Tos crónica	Sí / No

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas):.....

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

Firma del alumno/a
Aclaración
Fecha:

Firma del padre, la madre o el adulto responsable legal
Aclaración



Para ser completada por el médico:

Apellido y nombre: _____ **Edad:** _____

Examen físico

-Peso: _____ Pc (____) Talla: _____ Pc (____) IMC: _____ Pc (____) TA: _____ Pc (____)

- Usa anteojos Si/NO

-Examen cardiovascular:

Inspección: _____ Auscultación: FC: _____ x min - _____

Pulsos humerales: _____ Pulsos femorales: _____

-Examen respiratorio

Inspección: _____ Auscultación: _____

-Examen abdominal

Inspección: _____ Palpación: _____

-Examen músculo-esquelético

Movilidad articular: _____

Maniobra de Adams: _____ Asimetrías: _____

-Evaluación madurativa: Estadio Tanner: I – II – III - IV - V

-Observaciones (detallar hallazgos relevantes): _____

-Indicaciones: _____

- Alimentación: (Sin TACC/Alergia alimentarias/otras) _____

Dejo constancia que _____, DNI: _____, de _____ años ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad y estadio madurativo, bajo supervisión de personal idóneo.

Observaciones: _____

____/____/____

Fecha Firma y sello del médico

Se sugiere control odontológico anual