



**Constancia de Salud. Cuarto Grado**

**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: .....  
 Telefono 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	Traumatismo de Craneo	Sí / No
		Enfermedades infecciosas en los últimos dos meses	Sí / No
Diabetes	Sí / No	Falta o no funcionamiento de algún órgano	Sí / No
Alteraciones sanguíneas	Sí / No	Alergias	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.

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 física y deportivas acordes a su edad y estadio madurativo, bajo supervisión de personal idóneo.

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha Firma y sello del médico

**Estudios complementarios:**

**Análisis de sangre.** (si tuvieron un examen anterior, entre los 6 y los 8 años, llevarle al pediatra para que realice las observaciones correspondientes)

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha Firma y sello del médico

**Se sugiere control odontológico anual**