

## ANTECEDENTES DE SALUD A completar por los padres:

### Datos del alumno/a

Apellido y nombres:
Nombre de su médico de cabecera:
Domicilio consultorio:
Actividad física o deporte que practica:
Antigüedad en esta actividad    a) meses                                  b) años
Institución donde realiza la misma:
Apellido y nombre del entrenador, profesor de educación física:

### Antecedentes personales patológicos (enfermedades padecidas)

#### 1. Enfermedades de la infancia

Sarampión .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Rubéola.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Varicela.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Paperas.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Escarlatina.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hepatitis.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fiebre reumática.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Glomerulonefritis.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otras, especificar.....			

#### 2. Enfermedades crónicas

Diabetes .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asma .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades renales .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedades de la sangre.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades reumáticas .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Obesidad .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

#### 3. Enfermedades del corazón

Cardiopatías congénitas .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial (tensión alta)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Soplos .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Arritmias .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mareos o desmayos al hacer ejercicios	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho... ..	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

#### 4. Enfermedades respiratorias

Sinusitis .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otitis a repetición .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Bronquitis a repetición .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Neumonía .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Derrame pleural .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Neumotórax .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## 5. Enfermedades de los huesos, músculos y articulaciones

Desgarros musculares .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Esguinces .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Roturas de ligamentos .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fracturas .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cirugías (especificar tipo y localización )	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar tipo y localización, tiempo de inactividad y rehabilitación .....	

## 6. Enfermedades del sistema nervioso

Mareos en reposo .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Desmayos en reposo .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Convulsiones .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Convulsiones después de ejercicio	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Traumatismo de cráneo con internación.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## 7. Enfermedades del aparato digestivo

Diarrea crónica .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Gastritis .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Parásitos .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Úlceras.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otras, especificar			

## 8. otros

Enfermedades de la piel .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar .....	
Usa anteojos.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Usa lentes de contacto .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Usa aparato de ortodoncia.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Usa prótesis dentales.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alergias .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar: medicamentos, alimentos, picaduras de insectos .....	
Recibe medicación permanente.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar nombres.....	
		.....	
Ha estado internado alguna vez .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar motivo.....	
Ha sido operado .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar causas .....	

## 9. Antecedentes hereditarios (padre, madre, abuelos, hermanos, tíos)

Enfermedades del corazón .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma bronquial .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Diabetes .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Obesidad .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Colesterol .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedades alérgicas .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Anemia.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hemofilia .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Leucemia .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Convulsiones.....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Epilepsia .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		¿Estuvo o está en tratamiento Psicológico o Psicopedagógico? .....	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otras enfermedades, especificar:			

Observaciones:.....

Firma padre - madre: ..... aclaración.....

Instituto Privado N° 8063 "MARIA DEL ROSARIO DE SAN NICOLAS"  
CERTIFICADO DE SALUD - 2021 (A completar por el médico y odontólogo)

Certifico que.....

D.N.I. N°..... de ..... años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, encontrándose en condiciones de concurrir a clases.

No presenta signos ni síntomas de enfermedad infecto-contagiosa.

Esquema de vacunación:                      completo  Incompleto

Peso:\_\_\_\_\_Talla:\_\_\_\_\_T/A\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Salud bucal:                                      buena                       en tratamiento

.....

Firma del padre /tutor                                      firma y sello odontólogo                                      firma y sello médico

D.N.I

Instituto Privado "MARIA del ROSARIO de SAN NICOLAS" N° 8063  
CERTIFICADO DE SALUD para la práctica de Educación Física (2021)

Certifico que.....

D.N.I. N°..... de ..... años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la EDUCACION FISICA.

No presenta signos ni síntomas de enfermedad infecto-contagiosa.

Esquema de vacunación:                      completo  Incompleto

Peso:\_\_\_\_\_Talla:\_\_\_\_\_T/A\_\_\_\_\_

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

.....

Firma del padre /tutor                                      firma y sello médico

D.N.I