



COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA UNIDAD

Su hijo es único, nuestra educación también.

**COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA UNIDAD
APTO FÍSICO- MÉDICO Y AUTORIZACIÓN
CICLO LECTIVO 2017**

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A	CURSO

Fecha de Nac.	DNI	Teléfono Part	Teléfono Alt.	Pertenece a:

Domicilio	Localidad

Cobertura Médica	Número de afiliado

EVALUACIÓN PREDEPORTIVA

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES	SI	NO
¿Fue Operado/a en los últimos 4 meses?		
¿Toma Regularmente alguna medicación?		
¿Estuvo internado/a en el último año?		
¿Sufre de hormigueos en las manos?		
¿Es diabético/a?		
¿Es asmático/a?		
¿Es alérgico/a?		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos?		
¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
¿Tiene dolores articulares?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos?		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después?		
¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta?		
¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años?		
¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		



COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA UNIDAD

Su hijo es único, nuestra educación también.

ÁPTO MÉDICO

Apto médico para ser completada por médico cardiólogo o médico clínico luego de evaluar:

- Anamnesis
- Historia Clínica
- Auscultación cardíaca
- Tensión arterial
- Pulsos periféricos
- E.C.G.

El alumno/a.....DNI N°:.....
es apto/a para la práctica de clases de Educación Física, deportes a nivel colegial y representación en torneos intercolegiales de acuerdo a su edad. Declaro que los datos registrados son auténticos:

.....
Fecha

.....
Firma y sello del Médico

CONSENTIMIENTO PADRE / MADRE

Autorizo a mi hija/o a participar durante el presente ciclo lectivo 2017, de las clases de Educación Física y deportes a nivel colegial, efectuando además los traslados en micro necesarios a al fin. Así mismo la/o autoriza/o a concurrir a las representaciones intercolegiales para los cuales fuese designada/o.

Firma del Padre	Firma de la Madre
Aclaración de la firma	Aclaración de la firma
DNI	DNI
Fecha	Fecha