

Establecimiento: _____		Grado/Curso: _____		División: _____	
Apellido/s y nombre/s: _____ DNI: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ años Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/> Domicilio: Calle: _____ Nº _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Lote/manzana: _____ Localidad: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ CP: _____ Teléfono Propio: (____) 15 _____ Correo electrónico propio: _____ Apellido/s nombre/s responsable legal: _____ DNI: _____ Teléfono: (____) 15 _____ Correo electrónico: _____ Parentesco: _____					

#Obra social: _____	#Numero de credencial: _____
----------------------------	-------------------------------------

ANAMNESIS (para ser completado por los padres o responsable legal antes y/o durante la visita médica)
(Marque con una X lo que SI corresponda.)

#GRUPO y FACTOR Rh	
---------------------------	--

Antecedentes PERSONALES	Si	No	Antecedentes PERSONALES	Si	No
Problemas cardíacos			Tos crónica (duración de más de 30 días)		
Presión arterial elevada			Otitis recurrentes		
Asma bronquial			Diarreas recurrentes		
Pérdida de conciencia			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Convulsiones			Padeció COVID-19		
Afecciones auditivas***			Padeció Dengue		
Afecciones visuales/ofthalmológicas			Cirugías. (cual/es) _____		
Diabetes			Fracturas, traumatismos o luxaciones. (cual/es) _____		
Alteraciones de la sangre o la coagulación			Alteraciones óseas permanentes. (cual/es) _____		
Durante o después del ejercicio, ha padecido: <ul style="list-style-type: none"> Desmayos Mareos Dolor fuerte en el pecho Palpitaciones o latidos fuertes Mayor cansancio que sus compañeros Dificultad para respirar durante o después de la actividad física o no se recupera en menos de 5 min 			Falta o no funcionamiento de algún órgano(cual/es) _____		
			Alergias: ¿cómo se manifiestan? _____		
			A medicamentos. Cual/es: _____		
			A alimentos. Cual/es: _____		
			Otros: _____		
			Internaciones. Causa y fecha: _____		
Antecedentes de prematurez. (Peso de nacimiento: _____ gr)			¿Toma alguna medicación en forma permanente? ¿Cuál? _____ Dosis: _____		
			¿Usa anteojos o lentes de contacto? ¿Causa? <input type="checkbox"/> miopía <input type="checkbox"/> hipermetropía <input type="checkbox"/> astigmatismo		
			¿Se encuentra bajo algún tratamiento? <input type="checkbox"/> Fonoaudiología <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Psicopedagogía Otro _____		

#¿Posee CUD Certificado Único de Discapacidad?			# Tipo de discapacidad - #Dispositivos de apoyo que usa:		
#¿Posee alguna discapacidad?			<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Motora
#En caso + ¿Cuenta con equipo de apoyo?			<input type="checkbox"/> Intellectual	<input type="checkbox"/> Otra: _____	
			<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Audífono	<input type="checkbox"/> Silla
			<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Otra: _____	

Vacunación: ¿Completa para la edad?	Si	No	
VacunaCovid-19: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No dosis 1 2 3 4 + Vacuna dengue: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No dosis 1 2			Últimas vacunas colocadas del calendario oficial: <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> Ingreso escolar (5 años) <input type="checkbox"/> 11 años Última dosis de vacuna de Covid-19: <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 6 meses Última dosis de vacuna antitetánica: <input type="checkbox"/> menos de 5 años <input type="checkbox"/> más de 5 años

Antecedentes FAMILIARES	Si	No	Antecedentes FAMILIARES:	Si	No
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
Enfermedades cardíacas			Diabetes		
Presión arterial elevada			Colesterol elevado		
			Tos crónica en familiar conviviente		

Observaciones: _____

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 responsable legal	Firma del adolescente (13 a 18 años)
Lugar: _____	Aclaración: _____	Aclaración: _____

Examen físico (debe ser completado por el médico)

#Puntaje
Z

#Peso: _____ Kg Pc(_____) #Talla: _____ cm Pc (_____) IMC (peso/talla en metros al ²): _____ Pc (_____)			
Examen bucodental: *	Caries: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ortodoncia fija: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Ultimo control: Más de 6m Menos de 6m	Oclusión dental: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada	
Examen visual: **	OD: <input type="checkbox"/> Miopía <input type="checkbox"/> Astigmatismo <input type="checkbox"/> Miopía <input type="checkbox"/> Astigmatismo		OI: Visión Cromática <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal Pupilas: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Examen cardiovascular	Inspección: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Presencia estigmas genéticos o deformaciones anatómicas	
	Auscultación: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Presencia de soplos o ruidos agregados	
	FC: _____ por minuto Saturación: _____ %	Si la FC o SatO2 se encuentran fuera del rango normal o presenta arritmias	
	Pulsos humerales: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes Pulsos femorales: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes	Si los pulsos están AUSENTES	
	#Tensión arterial: _____ / _____ mm Hg Pc (_____)	TA con percentil mayor a 95	
Examen respiratorio	Inspección: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Auscultación: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	
	Tipo respiratorio: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		
Examen abdominal	Inspección: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Circunferencia abdominal: _____ cm	
	Palpación: Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Masas abdominales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Examen músculo-esquelético	Actitud <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Postura <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Asimetrías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Cuello y tronco <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		Escoliosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Extremidades superiores: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Extremidades inferiores: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	
	Movilidad articular <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		
	Maniobra de Kendall (** Ver Anexo) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal (describa)		
	Maniobra de Adams (** Ver Anexo) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal (describa)		
	Apoyo plantar (** Ver Anexo) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal (describa)		
Examen genito urinario <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal			
Evaluación madurativa (FEMENINO O Y MASCULINO): FEMENINO post menarca:	Estadio Tanner: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Menarca: ____/____/____ (si corresponde)	
	Ritmo menstrual: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular	FUM: ____/____/____	
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Requiere ECG <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
ECG corresponde en los siguientes casos: <input type="checkbox"/> Ingreso primaria. <input type="checkbox"/> Ingreso secundaria. <input type="checkbox"/> Si respondió SI en la anamnesis de ANTECEDENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR marcados en gris. <input type="checkbox"/> Si en el examen físico presenta SIGNOS CLÍNICOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR marcado en gris. <input type="checkbox"/> Si tuvo enfermedad COVID CON AFECTACIÓN CARDIACA según tabla de referencia en Anexo ** <input type="checkbox"/> Si realiza actividad física competitiva. <input type="checkbox"/> Según criterio medico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Requiere otros estudios complementarios según el criterio del médico especialista - cardiólogo infantil -?: (Adjuntar)			
Dejo constancia que _____, DNI: _____._____._____, de ____ años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra APTO para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y contextura física, y bajo la supervisión de personal idóneo. APTO SIN ADECUACIÓN: <input type="checkbox"/> APTO CON ADECUACIÓN: <input type="checkbox"/> (aclaración del tipo de adecuación por condición de salud que lo requiera) _____			
Lugar: _____		Firma y sello del médico	
Fecha: ____/____/____			

-Válido para el Ministerio de salud para otras actividades extraescolares no competitivas-

Anexo para profesionales de salud y educación		Anexo para la familia	
* Se recomienda control odontológico cada 6 meses **Se recomienda control oftalmológico anual desde el ingreso escolar *** Se recomienda audiometría en caso de no oír bien			