

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:	#Número de credencial:	#GRUPO Y FACTOR Rh
---------------	------------------------	--------------------

**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.)*

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/oftalmológicas			Cirugías. (cual/es) _____		
Diabetes			Fracturas, traumatismos o luxaciones. (cual/es) _____		
Alteraciones de la sangre o la coagulación			Alteraciones óseas permanentes. (cual/es) _____		
<b>Durante o después del ejercicio , ha padecido:</b>			Falta o no funcionamiento de algún órgano(cual/es) _____		
• Desmayos			<b>Alergias:</b> ¿cómo se manifiestan? _____		
• Mareos			A medicamentos. Cual/es: _____		
• Dolor fuerte en el pecho			A alimentos. Cual/es: _____		
• Palpitaciones o latidos fuertes			Otros: _____		
• Mayor cansancio que sus compañeros			Internaciones. Causa y fecha: _____		
• Dificultad para respirar durante o después de la actividad física o no se recupera en menos de 5 min			¿Toma alguna medicación en forma permanente? ¿Cuál? _____ Dosis: _____		
Antecedentes de prematuridad. (Peso de nacimiento: _____ gr)			¿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 <b>discapacidad</b> ?			<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Motora	<input type="checkbox"/> Intelectual	<input type="checkbox"/> Otra: _____
# En caso + ¿Cuenta con equipo de apoyo?			<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Audífono	<input type="checkbox"/> Silla	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Otra: _____

<b>Vacunación: ¿Completa para la edad?</b>		Si	No							
Vacuna Covid-19:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	dosis	1	2	3	4	+ _____	Últimas vacunas colocadas del calendario oficial: <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> Ingreso escolar (5 años) <input type="checkbox"/> 11 años		
Vacuna dengue	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	dosis	1	2						
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 <sup>2</sup> ): _____	Pc ( _____ )
<b>Examen bucodental:</b> * Ultimo control: Más de 6m Menos de 6m	Caries: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ortodoncia fija: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
	Oclusión dental: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterada				
<b>Examen visual:</b> **	OD: <input type="checkbox"/> Miopía <input type="checkbox"/> Astigmatismo	OI: <input type="checkbox"/> Miopía <input type="checkbox"/> Astigmatismo	Visión Cromática <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		
	Pupilas: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal				
<b>Examen cardiovascular</b>	Inspección: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Auscultación: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Presencia estigmas genéticos o deformaciones anatómicas		
	FC: _____ por minuto	Saturación: _____ %	Presencia de soplos o ruidos agregados		
	Pulsos humerales: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes	Pulsos femorales: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes	Si la FC o SatO2 se encuentran fuera del rango normal o presenta arritmias		
	#Tensión arterial: _____ / _____ mm Hg		TA con percentil mayor a 95		
	Pc ( _____ )		Si los pulsos están AUSENTES		
<b>Examen respiratorio</b>	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			
<b>Examen abdominal</b>	Inspección: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Circunferencia abdominal: ..... cm			
	Palpación Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esplenomegalias: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Masas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No abdominales:		
<b>Examen músculo-esquelético</b>	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"/> anormal		
	Maniobra de Kendall (** Ver Anexo)		<input type="checkbox"/> normal		
	Maniobra de Adams (** Ver Anexo)		<input type="checkbox"/> normal		
	Apoyo plantar (** Ver Anexo)		<input type="checkbox"/> normal		
<b>Examen genito urinario</b>		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal			
<b>Evaluación madurativa</b> (FEMENINO O Y MASCULINO): FEMENINO post menarca:	Estadio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Tanner: _____	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					
¿Requiere otros estudios complementarios según el criterio del médico especialista - cardiólogo infantil -?: (Adjuntar) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<p><b>Dejo constancia que</b> _____, 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.</p> <p><b>APTO SIN ADECUACIÓN:</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>APTO CON ADECUACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> (aclaración del tipo de adecuación por condición de salud que lo requiera)</p>					
Lugar: _____					
Fecha: ____/____/_____					
Firma y sello del médico					

-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

# Carga en SGE - Ciclo lectivo 2025