

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

CONSIDERANDOS PARA LA EMISIÓN DEL CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

El examen clínico deberá constar indispensablemente de (1):

INTERROGATORIO

- **Antecedentes familiares y personales:** muerte súbita en un familiar de primer grado, enfermedades neurológicas, cardiovasculares.
- **Hábitos:** alimentación, higiene, juegos, descanso, etc.
- **Inmunizaciones.**

EXAMEN FÍSICO

- **Antropometría:** peso, talla (percentilados).
- **Examen cardiovascular:** auscultación (acostado y sentado). Palpación de choque de la punta. Toma de tensión arterial (acostado y sentado) con el manguito adecuado, palpación de pulsos periféricos comparativos.
- **Aparato respiratorio:** auscultación, frecuencia respiratoria, descartar de anomalías torácicas, corroborar buena ventilación de vías aéreas superiores (hipertrofia adenoidea, sinusitis), verificar la salud bucal (caries).
- **Osteomioarticular:** alteraciones posturales, desviaciones de la columna vertebral, extremidades inferiores y bóveda plantar.
- **Abdomen:** descartar organomegalias, hernias; a nivel genital investigar ectopias testiculares.
- **Sistema nervioso:** marcha, prueba de equilibrio y coordinación. Reflejos tendinosos (rotuliano y aquiliano). Valor lateralidad. Investigar agudeza visual y auditiva.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Según criterio médico.

(1) SAP: Comité de Medicina del Deporte Infanto Juvenil. Consenso sobre Examen físico del niño y del joven que practican actividades físicas. Arch.argent.pediatr2000;98:60-79.

CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FÍSICAS

Certifico que:

Nombre y Apellido		
Fecha de Nacimiento	DNI	
Cobertura Médica	N° de Afiliado	

cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, y está en condiciones de:

Marque lo que corresponda:

NO	SI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realizar actividades físicas y/o deportivas y participar de competencias intercolegiales (se excluyen actividades de alto rendimiento)

Firma del Médico	Sello del Médico	Fecha

Módulo a completar por la familia

En caso de emergencias siempre se llamará en primer término al servicio de emergencias que tiene contratado el Colegio y se informará a los padres. Si los médicos indicaran la derivación o internación del alumno ante riesgo de su salud y no fuesen localizados los padres se autoriza por este medio a proceder tal como lo indiquen los profesionales y siempre en compañía de un adulto del Colegio. En caso de que la salud de mi hija/o estuviera en riesgo y los médicos indiquen el traslado a un centro asistencial, autorizo a las autoridades del Colegio Northfield a cumplir las indicaciones de los mismos y a acompañarla/o hasta la llegada de uno de los padres o familiares directos.

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN EL COLEGIO RECURRIR A:

Recurrir a	Institución	
	Domicilio	TE
Médico	Dr./Dra:	
	Domicilio	TE
Familiar	Nombre y Apellido	
	Domicilio	TE

INFORMACIÓN DE SALUD

Módulo a completar por el médico

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuál? _____

Durante los últimos 3 años ¿fue internado alguna vez?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Por qué? _____

¿Tiene algún tipo de alergia?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Recibe tratamiento permanente?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Tipo de manifestaciones: _____

La alergia se debe a: _____

No sabe:	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique: _____

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo de cirugía _____

Edad: _____

¿Presenta alguna limitación física?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aclaración _____

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

VACUNAS OBLIGATORIAS | tomando en cuenta el Calendario de Vacunación y la Guía de Salud N° 2, de acuerdo a su cumplimiento: VACUNACION

COMPLETA

INCOMPLETA

SIN DATOS

DETERMINACIÓN DE :

Talla

cms.

Peso

Kgs.

_____	_____
-------	-------

Si bien el Colegio no suministra medicamentos salvo indicaciones por escrito de un médico, por favor mencione que ANTITÉRMICO autoriza a darle si lo atiende el servicio de emergencias médicas: _____

Firma del Médico	Sello del Médico	Fecha

La totalidad de los datos e información suministrada por quienes suscriben la presente tiene carácter de Declaración Jurada. Los firmantes se comprometen a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y fehaciente.

Firma del Padre Tutor	Firma de la Madre Tutora	Fecha

ADJUNTAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE OBRA SOCIAL O MEDICINA PRIVADA DEL ALUMNO.