



Instituto Incorporado a la enseñanza oficial – A-221
Nivel Inicial-Nivel Primario-Nivel Secundario

Teléfono: (54-11) 4863-0705
Fco. Acuña de Figueroa 855
(C1180AAO)
www.colegiobetania.edu.ar

PLANILLA DE SALUD

Autorización para la realización de actividades físicas

Ficha única de aptitud física: aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo.

Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestros estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulto responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que el estudiante pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe _____,
en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable del
estudiante _____,
DNI _____, que cursa _____ año/ grado/sala de Educación Inicial/
Primaria/ Secundaria (tachar lo que no corresponda), en el Instituto Betania A-221, con fecha de
nacimiento _____ y domicilio en _____,
en la localidad de _____ N° de teléfono de
contacto: _____

Declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento para que mi hijo
/a/representado/a, pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma
de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.



Instituto Incorporado a la enseñanza oficial – A-221
Nivel Inicial-Nivel Primario-Nivel Secundario

Teléfono: (54-11) 4863-0705
Fco. Acuña de Figueroa 855
(C1180AAO)
www.colegiobetania.edu.ar

DATOS DE LA OBRA SOCIAL

OBRA SOCIAL

SOCIO N°

TELEFONO

Grupo Sanguíneo:

VACUNA Antitetánica: SI - NO Fecha: / /

Grupo: Factor RH:

EN CASO DE NO POSEER ANTITETÁNICA AL DÍA, APLICARLA. POR FAVOR, ADJUNTAR CERTIFICADO.

VACUNAS (adjuntar fotocopia de actualizaciones cuando corresponda).

• ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIO (Marcar con una cruz)

Asma	Epilepsia	Paperas
Bronquitis	Escarlatina	Tos convulsa
Cardiopatías	Hernias	Varicela
Celíaco	Meningitis	Reumatismo
Diabetes	Otitis	Sarampión
		Sinusitis

Otras: _____

• ANTECEDENTES DE SALUD

OPERACIONES FECHA

* FECHA

* FECHA

TRAUMATISMO / FRACTURAS/LUXACIONES, LESIONES LIGAMENTARIAS

* FECHA

* FECHA

* FECHA

ALERGIAS :

¿SUFRE DE DIABETES?



Instituto Incorporado a la enseñanza oficial – A-221
Nivel Inicial-Nivel Primario-Nivel Secundario

Teléfono: (54-11) 4863-0705
Fco. Acuña de Figueroa 855
(C1180AAO)
www.colegiobetania.edu.ar

Marque con una cruz la opción que corresponda	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de cráneo		
Diabetes		
Alteraciones sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después) ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor de pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones auditivas		
Problemas en huesos y articulaciones		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta de funcionamiento de algún órgano (por ej.: riñón, ojos, testículos)		
Tos crónica		
Toma medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
Observaciones: (detalle de las respuestas afirmativas)		

Por la presente declaro que , dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/apto para realizar actividad física.



Instituto Incorporado a la enseñanza oficial – A-221
Nivel Inicial-Nivel Primario-Nivel Secundario

Teléfono: (54-11) 4863-0705
Fco. Acuña de Figueroa 855
(C1180AAO)
www.colegiobetania.edu.ar

Alumnos de salas de 4,5 y primer grado deben presentar certificado de evaluación oftalmológica

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulto responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda control de salud anuales, con el objetivo y de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

Firma del referente familiar / tutor/ responsable

Aclaración de la firma y DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centro de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>