



Instituto Ntra. Sra. del Buen y Perpetuo Socorro
Instituto Incorporado a la Enseñanza Oficial (A-338)
Irigoyen 1143 – Ciudad Autónoma de Bs. As. (CAZ1407)
Te/fax.:4567-1175 / 4566-2146 www.institutobps.com.ar

PLANILLA DE SALUD 2026
AUTORIZACION 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 contra con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestras/os estudiantes.

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

Quien suscribe en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante..... DNI
que

curso año/grado de Educación Inicial/ Primaria/ Secundaria en el Establecimiento Educativo Instituto Nuestra Señora del Buen y Perpetuo Socorro A 338, con fecha de nacimiento con domicilio en en la Ciudad de
..... N° 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.

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 en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugía		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 (dos) meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñon, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problemas de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
Observaciones: (detalle 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/o para realizar actividad física.

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

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar controles de salud anuales, con el objetivo 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

Aclaración

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 Centros 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>