



# Colegio Schönthal A-581

Av. Nazca 537 – Capital Federal  
Tel/Fax: 4637-1414  
correo@schonthal.esc.edu.ar  
www.schonthal.esc.edu.ar

## DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

# 2025

Plazo de devolución de la presente ficha: **1º semana de clases**

**“En caso contrario no podrá realizar Educación Física hasta que no se entregue la misma”.**

**Se debe presentar original y copia**

Nº de Orden: \_\_\_\_\_

Apellido y nombres del alumno/a: \_\_\_\_\_

D. N. I.: \_\_\_\_\_ Año / División: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ cm.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_ Nº de Afiliado: \_\_\_\_\_

En caso de urgencia o emergencia llamar a los siguientes teléfonos (indicar a quienes pertenecen):

1. Particular: \_\_\_\_\_ 2. Empleo: \_\_\_\_\_

3. Otro: \_\_\_\_\_ 4. Otro: \_\_\_\_\_

**Autorizo a mi hijo/a a participar de las clases de Educación Física y las actividades extraprogramáticas, físicas y deportivas en el Colegio y/o Campo de Deportes en los horarios y días que le correspondan a cada grupo.**

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados y notificar a las autoridades del Colegio, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados.

-----  
Firma del padre, madre o tutor

-----  
Aclaración de firma

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_



**PLANILLA DE SALUD**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS**  
**AÑO LECTIVO 2025**

**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 nuestras/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. Es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo \_\_\_\_\_ 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   |  |  |
| Cirugías   |  |  |
| Internaciones  |  |  |
| Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses  |  |  |
| Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)                            |  |  |
| Alergias   |  |  |
| Tos crónica  |  |  |
| Toma de medicación habitual  |  |  |
| Alergia a algún medicamento  |  |  |
| Problema de piel   |  |  |
| Usa anteojos   |  |  |
| Vacunación completa  |  |  |
| <b>Observaciones:</b> (detalle las respuestas afirmativas u otra información que considere necesaria). |  |  |

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.**





Colegio Schönthal A-581  
Av. Nazca 537 - Ciudad de Buenos Aires  
Tel: 4637-1414  
correo@schonthal.esc.edu.ar  
www.schonthal.esc.edu.ar

**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 control/es de salud anual/es, con el objetivo de mantener el seguimiento del crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

Lugar y fecha: .....

.....

.....

.....

Firma

Aclaración

Tipo y N° de 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



