**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 nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma 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 en el CONSERVATORIO SUPERIOR DE MÚSICA MANUEL DE FALLA-DGEArt, la asignatura EXPRESIÓN CORPORAL en el DEPARTAMENTO NIÑAS Y NIÑOS, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 |  |  |
| **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 control 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 | 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:

[https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades](http://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centrode-salud)-por-[centr](http://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centrode-salud)o de[-salud](http://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centrode-salud)

NOTA: Ante la necesidad familiar de comunicar a la institución aspectos

vinculados a la salud integral de su hija/o, que no hayan sido contemplados en la planilla anterior, lo puede hacer personalmente, solicitando con anticipación una reunión a tal efecto en la Regencia de la sede.

Cordialmente,

Graciela García

a/c de la Coordinación del Departamento Niñas y Niños

CSMMF