



Instituto Orsino (A-759)

Jardín E.G.B. Primaria Secundaria Terciaria
Nicasio Oroño 942 (1405) Cap. Fed.
T.E. 4581-8001 / 4582-2322 / Fax 4581-3261



PLANILLA DE SALUD PROVISORIA – VENCIMIENTO 10/04/2021

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar responsable. La misma es **PROVISORIA HASTA LA PRESENTACIÓN DE LA FICHA MÉDICA.**

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar responsable de la/el estudiante _____

DNI _____ quien cursa _____ año/grado de Primaria/Secundaria en el INSTITUTO ORSINO, con fecha de nacimiento _____ y domicilio en _____ en la Ciudad de _____ y número de teléfono de contacto _____.

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a pueda realizar actividades físicas acorde a la planificación correspondiente.

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		



Instituto Orsino (A-759)

Jardín E.G.B. Primaria Secundaria Terciaria
Nicasio Oroño 942 (1405) Cap. Fed.
T.E. 4581-8001 / 4582-2322 / Fax 4581-3261



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.

FIRMA

ACLARACIÓN

D.N.I.