



**Instituto Orsino (A-759)**  
Jardín Primaria Secundaria  
Nicasio Oroño 942 (1405) Cap. Fed.  
T.E. 4581-8001 / 4582-2322 / Fax 4581-3261



**PLANILLA DE SALUD – EDUCACIÓN FÍSICA**

**2024**

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de adulto responsable del/la estudiante \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el INSTITUTO ORSINO con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_, Ciudad de \_\_\_\_\_ teléfono de contacto \_\_\_\_\_. Declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento para que mi hijo/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:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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		



**Instituto Orsino (A-759)**  
Jardín Primaria Secundaria  
Nicasio Oroño 942 (1405) Cap. Fed.  
T.E. 4581-8001 / 4582-2322 / Fax 4581-3261



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