



InstitutoOrsino(A-759)

Inicial – Primario – Secundario
Nicasio Oroño 942 – CABA (1405)
4581-8001

PLANILLA DE SALUD – EDUCACIÓN FÍSICA 2026

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 _____

_____ condomicilio 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:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muertes súbitas 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 o internaciones por enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		



InstitutoOrsino(A-759)

Inicial – Primario – Secundario
Nicasio Oroño 942 – CABA (1405)
4581-8001

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 avenales 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