Ministerio de Educación de la Provincia de Corrientes
Dirección General de Educación Privada
I.P. 55 Instituto Privado "San Benito"
Blas Benjamín de la Vega 1920 Tel: 3794-464596
Correo electrónico: sanbenitoip55@gmail.com Corrientes Capital 3400

FICHA DE RECONOCIMIENTO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA CICLO LECTIVO 2025

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A (a llenar por el tutor) POR FAVOR LLENELO A CONCIENCIA Y CONTROLE ANTES DE ENTREGAR

APELLIDOS:_____**NOMBRES:**_____**D.N.I. N°:**_____

DIRECCION:_____**TELEF. PARTICULAR:**_____

TELEF.URGENCIAS:_____**CURSO:** _____**DIVISION:**_____**TURNO**_____

FECHA DE PRESENTACIÓN: REUNIÓN DE TUTORES: 21/02/2024.

CERTIFICO QUE LOS DATOS PERSONALES Y MEDICOS SON VERIDICOS Y COMPROMETO A COMUNICAR, A LAS AUTORIDADES DEL COLEGIO, DENTRO DE LAS 24HS. CUALQUIER CAMBIO Y/O MODIFICACIÓN QUE PUEDA SUSCITARSE DURANTE EL CICLO LECTIVO 2024.

_____FECHA: / /

FIRMA DEL TUTOR ACLARACION D.N.I.

RECONOCIMIENTO MEDICO (a llenar por el Profesional Médico)

GRUPO SANGUÍNEO:…… **USA ANTEOJOS: SI – NO** **PERMANENTE: SI - NO**

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

TALLA:_____PESO:_____RELACIÓN:_____NORMAL_____ALTO_____BAJO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

NORMAL:_____ANORMAL:_____ PULSASIONES:_____P/M

OBSERVACIONES:_____

_____

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

HERNIA:_____CORAZON:_____APENDICE:_____
OTROS_____

OBSERVACIONES:_____

ENFERMEDADES CONTRAIDAS

VARICELA_____ ASMA_____ PAPERA _____ SARAMPION_____ RUBEOLA_____ GRIPE A_____HEPATITIS_____MICOSIS_____ EPILEPSIA
TUBERCULOSIS_____

ALERGIAS:CAUSA:_____

OTROS_____

GRADO DE NUTRICIÓN: BAJO - NORMAL - ALTO

OBSERVACIONES:_____

ESTRUCTURA OSEA, TRASTORNOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS

COLUMNA: NORMAL ANORMAL

ARCOPLANTAL: NORMAL_____ANORMAL_____ESGUINCES: REGION:_____

FRACTURAS: REGIÓN_____LUXACIONES: REGIÓN_____

TRAUMATISMOS VARIOS:_____

OBSERVACIONES:_____

OTRA INFORMACION DE INTERES:
_____

RP |

POR LO EXPUESTO CERTIFICO QUE EL NIÑO/A _____ DNI N°:_____

DE _____ AÑOS DE EDAD, SE ENCUENTRA, AL MOMENTO DEL EXAMEN, APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS DE ACUERDO A SU SEXO, EDAD Y NIVEL DE DESARROLLO.

CTES……/……../…… **FIRMA Y SELLO PROFESIONAL MEDICO**