COMUNIDAD EDUCATIVA H.M.A. – SALTA
Instituto Laura Vicuña N° 8054
Nivel Secundario
Av. Belgrano 1250 – Tel. 4212756 – 4400 - Salta

# CERTIFICADO DE SALUD Y APTITUD FÍSICA – AÑO 2027

La revisión médica debe realizarse en el año 2.027. Presentarse 1er día de clases.

APELLIDO Y NOMBRES:.....
EDAD:.....D.N.I. N°….....
GRUPO SANGUINEO.....FACTOR.....
PESO:…….……ALTURA:…….……T/A……

**ANTECEDENTES:**

Ha padecido o padece enfermedades (en caso afirmativo indicar cuáles):

- Piel:.....
- Sistema Osteoartromuscular (fracturas, esguinces, luxaciones, etc.).....
- Respiratorias (asma, neumonías, etc.).....
- Cardíacas (soplos, fiebre reumática, etc.).....
- Aparato Digestivo (hepatitis, infección intestinal, etc.).....
- Ginecológicas o urinarias.....
- Neurológicas (desmayos, convulsiones, epilepsia, etc.).....
- Alergias (especificar).....
- Otras: (especifique cuales)……

**ESTADO ACTUAL:**

✓ **Examen Clínico**:
- Aparato Respiratorio:.....
- Aparato Cardiovascular.....
- Electrocardiograma…….....
- Sistema Osteoartromuscular.....
- Usa anteojos (indicar si son permanentes, de descanso o para lectura)…….

✓ **Vacunas**:
Cuenta con calendario de vacunación completo: **SI** **NO**

**APTO/A PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS SI NO**

En caso de ser NO, especificar el motivo y el tiempo: .....

**ALGUNA OTRA SITUACION PARTICULAR DETERMINADA POR EL MEDICO**:
.....
.....

**NOMBRE DEL MEDICO DE CABECERA**:.....
EN CASO DE NO TENER MEDICO DE CABECERA ESPECIFICAR, SALITA PUBLICA U HOSPITAL DONDE SE ATIENDE:.....

SALTA, ..... de ..... de 202__.-

.....
Firma y sello del Médico

**SALUD BUCAL:**

BUENA ☐ EN TRATAMIENTO ☐

SALTA, ..... de ..... de 202__.-

.....
Firma y sello del Odontólogo

…….
Firma del Padre/Madre o Tutor

EL PRESENTE CERTIFICADO NO SERÁ RECIBIDO SI ALGUNO DE SUS CAMPOS ESTUVIERA INCOMPLETO.