



2º PARTE Certificado de Aptitud Física para todos los alumnos (a completar por el médico)

- Antecedentes familiares: -Diabetes.....
 -Hipertensión.....
 -Muerte súbita en 1er grado.....
 -Otros:.....
- Ex Físico: Antropometría: -Peso.....
 -Talla.....
 -IMC.....
 (Con percentilación)
- Grupo sanguíneo/factor:.....
- Ex Cardiovascular: -Auscultación (pie/sentado).....
 -Palpación choque de punta.....
 -Toma T.A –Pie.....
 -Sentado.....
 (Con percentilación)
 -Palpación pulsos periféricos.....
- Ex Respiratorio: -FR:.....
 -Auscultación:.....
- Ex Osteoarticular: -Alteraciones posturales.....
 -Desviación columna vertebral.....
 -Extremidades sup/inf.....
 -Bóveda plantar.....
- Ex Abdominal: -Descartar visceromegalias/hernias.....
- Ex Genitourinario: -Estadio Tanner.....
 -Ectopias Testiculares.....
 -Fimosis.....
- Ex Sist. Nervioso: -Marcha.....
 -Prueba equilibrio y coordinación.....
 -Reflejos tendinosos.....
 -Valoración de lateralidad.....
 -Agudeza visual.....
 -Agudeza Auditiva.....

En caso de que el criterio médico lo indique y se realicen exámenes complementarios (ECG/laboratorio, etc.) los mismos deben consignarse.....
.....
.....

Certifico que a pedido del responsable parental y para ser presentado ante las autoridades escolares quien dice ser.....; cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente el día de la fecha, encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares curriculares y extracurriculares, incluidas las propias de la educación física escolar que corresponden a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo. Teniendo a la fecha plan de vacunación obligatorio completo de acuerdo a su edad y sexo.

Firma del Médico: Aclaración / sello:..... Fecha:

3º PARTE Certificado Bucodental

Certifico que el estado dental de..... es.....

Firma del Médico: Aclaración / sello:..... Fecha: