



**ASOCIACION ESPERANZA**

Personaría Jurídica 2631 - CUIT: 30-61827228-8 Legajo1428

**INSTITUTO PRIMARIO – EEI – IPCL**

**CERTIFICADO DE APTITUD PSICO-FÍSICA 2022**

**Apellido Y Nombres:**.....  
**DNI:**.....**Fecha de nacimiento:**.....  
**Edad:**.....**Peso:**..... **Talla:**.....**Grupo Sanguíneo:**.....**Obra Social:**.....  
**Afiliado N°:**.....

Antecedentes Generales y Condiciones de Salud		X	X	Observaciones/especificaciones
Procesos inflamatorios	Sí	No		
Paperas	Sí	No		
Tos convulsa	sí	No		
Hepatitis	sí	No		
Sarampión	Sí	No		
Mononucleosis Infecciosa	Sí	No		
Alergias	sí	No		
Asma	sí	No		
Diabetes	Sí	No		
Celiaquía	Sí	No		
Trastornos de Alimentación( Bulimia- Anorexia)	sí	No		
Traumatismos. Fracturas, esguinces, luxaciones, otros	sí	No		
Operaciones	Sí	No		
Prótesis	Sí	No		
Marcapasos	Sí	No		
Anafilaxis	sí	No		
Tratamientos Oncológicos	sí	No		
Embarazo	Sí	No		



## ASOCIACION ESPERANZA

Personaría Jurídica 2631 - CUIT: 30-61827228-8 Legajo1428

### INSTITUTO PRIMARIO – EEI – IPCL

Enfermedades del Sistema Nervioso	Sí	No		
Convulsiones	sí	No		
Epilepsia	sí	No		
Sonambulismo	Sí	No		
Dolores de Cabeza -Mareos	Sí	No		
Enfermedades Psiquiátricas	sí	No		
Enfermedades Cardíacas	sí	No		
Enfermedades Congénitas	Sí	No		
Enfermedades digestivas	Sí	No		
Enfermedades respiratorias	sí	No		
Enfermedades renales	Sí	No		
Enfermedades Genitales	Sí	No		
Enfermedades Urinarias	sí	No		
Enfermedades Hematológicas	sí	No		
Enfermedades Oculares	sí	No		
Enfermedades auditivas	sí	No		
Enfermedades linfáticas	Sí	No		
Enfermedades Dermatológicas	sí	No		
Infecciones crónicas	sí	No		
Hipertensión arterial	Sí	No		
lesiones musculares	Sí	No		
Fiebre reumática	sí	No		
Artritis- Artrosis	sí	No		
Enfermedades Padecidas con fecha reciente	Sí	No		
Mononucleosis infecciosa	Sí	No		



**ASOCIACION ESPERANZA**

Personaría Jurídica 2631 - CUIT: 30-61827228-8 Legajo1428

**INSTITUTO PRIMARIO – EEI – IPCL**

<b>Otras enfermedades</b>	Detallar Cuál/es	
<b><u>Examen Físico al día:...../...../2019</u></b>		Nombre y Apellido
Estado General:		
Cabeza y cuello:		
Examen oftalmológico:		
Examen Fonoaudiológico:		
Sistema Respiratorio:		
Sistema Cardiovascular:		
Abdomen:		
Sistema Genitourinario:		
Sistema Nervioso:		
Sistema Locomotor:		



**ASOCIACION ESPERANZA**

Personaría Jurídica 2631 - CUIT: 30-61827228-8 Legajo1428

**INSTITUTO PRIMARIO – EEI – IPCL**

Tratamientos Farmacológicos:	Dosis:	Frecuencia:
Nombre del/los Fármaco/s:		

Electrocardiograma: .....

En caso de Emergencia debe ser trasladado a:.....

Apto para realizar Actividad Física Escolar: .....

Firma del Médico

Firma del Padre/Madre/Responsable Legal

Sello

Aclaración