



## ASOCIACIÓN ESPERANZA

Personería Jurídica 2631 – Legajo: 1428 - CUIT: 30-61827228-8

INSTITUTO PRIMARIO – EEI – IPCL

### CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA 2025

1 – DATOS DEL ALUMNO					
NOMBRES			APELLIDOS		
DNI	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PESO	TALLA	G.SANGUÍNEO
OBRA SOCIAL:		N° DE AFILIADO:			

ANTECEDENTES GENERALES Y CONDICIONES DE SALUD	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Procesos inflamatorios			
Paperas			
Tos convulsa			
Hepatitis			
Sarampión			
Mononucleosis Infecciosa			
Alergias			
Asma			
Diabetes			
Celiaquía			
Trastornos de Alimentación( Bulimia- Anorexia)			
Traumatismos. Fracturas, esguinces, luxaciones, otros			
Operaciones			
Prótesis			
Marcapasos			
Anafilaxis			
Tratamientos Oncológicos			
Embarazo			
Enfermedades del Sistema Nervioso			
Convulsiones			
Epilepsia			
Sonambulismo			
Dolores de Cabeza -Mareos			
Enfermedades Psiquiátricas			
Enfermedades Cardíacas			
Enfermedades Congénitas			
Enfermedades digestivas			
Enfermedades respiratorias			
Enfermedades renales			
Enfermedades Genitales			
Enfermedades Urinarias			
Enfermedades Hematológicas			
Enfermedades Oculares			
Enfermedades auditivas			
Enfermedades linfáticas			
Enfermedades Dermatológicas			
Infecciones crónicas			
Hipertensión arterial			
Lesiones musculares			
Fiebre reumática			
Artritis- Artrosis			
Enfermedades Padecidas con fecha reciente			



## ASOCIACIÓN ESPERANZA

Personería Jurídica 2631 – Legajo: 1428 - CUIT: 30-61827228-8

### INSTITUTO PRIMARIO – EEI – IPCL

OTRAS ENFERMEDADES: (detallar cuales)			
---------------------------------------	--	--	--

Estado General:	
Cabeza y cuello:	
Examen oftalmológico:	
Examen Fonoaudiológico:	
Sistema Respiratorio:	
Sistema Cardiovascular:	
Abdomen:	
Sistema Genitourinario:	
Sistema Nervioso:	
Sistema Locomotor:	

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		
Nombre del/los Fármaco/s:	Dosis	Frecuencia:

Electrocardiograma:	
Apto para realizar Actividad Física Escolar:	
En caso de Emergencia debe ser trasladado a:	

Examen psicofísico al día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Padre – Madre – Tutor/a

Firma del médico y sello