

**ASOCIACIÓN ESPERANZA**

Personería Jurídica 2631 – Legajo: 1428 - CUIT: 30-61827228-8
INSTITUTO PRIMARIO – EEI – IPCL

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA 2026**1 – DATOS DEL ALUMNO**

| | | | | | |
|--------------|---------------------|-----------------|------|-------|-------------|
| NOMBRES | | APELLIDOS | | | |
| | | | | | |
| DNI | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | PESO | TALLA | G.SANGUÍNEO |
| OBRA SOCIAL: | | Nº 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