



ESTRUCTURA ÓSEA, TRASTORNOS TRAUMATOLÓGICOS U ORTOPÉDICOS

Columna: Normal..... Anormal.....

Arco Plantar: Normal..... Anormal..... Esguinces: Región

Fracturas: Región Luxaciones: Región

Traumatismos varios:.....

OBSERVACIONES:

Otra información relevante:

Por lo antes expuesto certifico que el/la niño/a

.....D.N.I:de.....años

de edad se encuentra, al momento del examen, apto para realizar actividades físicas de acuerdo a su edad.

Ctes,/...../.....

.....
Firma y sello del profesional médico

SR. TUTOR UD. ES RESPONSABLE DE QUE SU NIÑO/A CUMPLA CON ESTE REQUISITO DE SUMA IMPORTANCIA LLENELO A CONCIENCIA.

CERTIFICO QUE LOS DATOS PERSONALES Y MÉDICOS ARRIBA DESCRIPTOS SON VERÍDICOS Y ME COMPROMETO A COMUNICAR DENTRO DE LAS 24 HS. CUALQUIER CAMBIO Y/O MODIFICACIÓN OCURRIDA DURANTE EL PRESENTE CICLO LECTIVO.

.....
Firma del Tutor

.....
Aclaración



Apellido:..... Nombres:.....
D.N.I. Nº:..... Domicilio:.....
Tel. Part.:..... Tel. Urgencias:.....
Grado/Año:..... División:..... Turno:.....

Reconocimiento Médico (a llenar por profesional médico)

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Talla..... Peso..... RELACIÓN: Normal..... Alto..... Bajo.....

GRADO DE NUTRICIÓN: Bajo - Normal - Alto

Observaciones:.....
.....

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Normal..... Anormal..... PULSACIONES..... P/M

Observaciones:.....
.....

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Hernia Corazón..... Apéndice..... Otros

Observaciones:.....
.....

ENFERMEDADES CONTRAÍDAS

Varicela..... Asma..... Papera Sarampión..... Rubeola..... Hepatitis..... Micosis.....

Alergias: Causa..... Otros.....