Gobierno de JUJUY Crece con la gente

APTO FÍSICO ÚNICO *AFU AÑO 2027 NIVEL PRIMARIO Y NIVEL SECUNDARIO*

para la práctica de educación física escolar NO COMPETITIVA de niños/as y adolescentes

MINISTERIO DE EDUCACIÓN / MINISTERIO DE SALUD

Establecimiento: _____Grado/Curso:_____División:_____

Apellido/s y nombre/s: _____ DNI: _____._____._____
Fecha de nacimiento: __ __/__ __/__ __ __ __ Edad: _____ años Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☐
Domicilio: Calle: _____Nº_____Piso: _____ Dpto.: _____ Lote/manzana: _____
Localidad: _____Departamento:._____Provincia:_____ CP: _____
Teléfono Propio:(_____)15_____ Correo electrónico propio: _____
Apellido/s nombre/s responsable legal: _____ _____ DNI: _____._____._____
Teléfono: (____) 15_____Correo electrónico: _____ Parentesco: _____

#Obra social:	**#Numero de credencial:**

ANAMNESIS *(para ser completado por los padres o el responsable legal antes y/o durante la consulta médica)*
(*Marque con una X lo que **SI** corresponda.)*

#GRUPO y FACTOR Rh	

Antecedentes PERSONALES	**Si**	**No**	**Antecedentes PERSONALES**	**Si**	**No**
Problemas cardíacos			Tos crónica (duración de más de 30 días)		
Presión arterial elevada			Otitis recurrentes		
Asma bronquial			Diarreas recurrentes		
Pérdida de conciencia			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Convulsiones			Padeció COVID-19		
Afecciones auditivas			Padeció Dengue		
Afecciones visuales/oftalmológicas			Cirugías. (cual/es)_____		
Diabetes			Fracturas, traumatismos o luxaciones:_____		
Alteraciones de la sangre o la coagulación			Alteraciones óseas permanentes:_____		
Durante o después del ejercicio , ha padecido:			Falta o no funcionamiento de algún órgano:_____		
• Desmayos			**Alergias**: ¿cómo se manifiestan?_____		
• Mareos			A medicamentos. Cual/es:_____		
• Dolor fuerte en el pecho			A alimentos. Cual/es:_____¿Intolerancias?:_____		
• Palpitaciones o latidos fuertes			Otros: Cual/es:_____		
• Mayor cansancio que sus compañeros			Internaciones. Causa y fecha:_____		
• Dificultad para respirar durante o después de la actividad física o no se recupera en menos de 5 min			¿Toma alguna medicación en forma permanente? ¿Cuál? Dosis:		
			¿Usa anteojos o lentes de contacto? ¿Causa? ☐ hipermetropía ☐ miopía ☐ astigmatismo		
Antecedentes de prematurez. Peso de nacimiento: _____gr			¿Se encuentra bajo algún tratamiento? ☐ Fonoaudiología ☐ Psicología ☐ Psicopedagogía ☐ Otro		

#¿Posee **CUD** Certificado Único de Discapacidad?			# Tipo de discapacidad - #Dispositivos de apoyo que usa:			
#¿Posee alguna **discapacidad**?			☐ Visual	☐ Auditiva	☐ Motora	☐ Intelectual	☐ Otra: _____
#En caso + ¿Cuenta con equipo de apoyo?			☐ Prótesis	☐ Audífono	☐ Silla	☐ Andador	☐ Otro: _____

VACUNACIÓN: ¿Completa para la edad? **Si** ☐ **No** ☐

VacunaCovid-19:	☐ **Sí**	☐ **No**	dosis	1	2	3	4	+	**Últimas vacunas colocadas del calendario oficial:**
Vacuna dengue	☐ **Sí**	☐ **No**	dosis	1		2			☐ 18 meses ☐ 5 años ☐ 11 años
Última dosis de vacuna de Covid-19: ☐ Menos de 6 meses ☐ Más de 6 meses									Última dosis de vacuna antitetánica: ☐ menos de 5 años ☐ más de 5 años

Antecedentes FAMILIARES	**Si**	**No**	**Antecedentes FAMILIARES:**	**Si**	**No**
Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años			Obesidad		
			Diabetes		
Enfermedades cardíacas			Colesterol elevado		
Presión arterial elevada			Tos crónica en familiar conviviente		

Observaciones: _____

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

Fecha: ……/……/…….	Firma del padre, la madre o el responsable legal	Firma del adolescente (13 a 18 años)
Lugar: _____	Aclaración:_____	Aclaración:_____

Gobierno de JUJUY Crece con la gente

APTO FÍSICO ÚNICO *AFU AÑO 2027 NIVEL PRIMARIO Y NIVEL SECUNDARIO*

para la práctica de educación física escolar NO COMPETITIVA de niños/as y adolescentes

MINISTERIO DE EDUCACIÓN / MINISTERIO DE SALUD

#Puntaje Z	

Examen físico *(debe ser completado por el médico)*

#Peso: _____ Kg Pc(_____) #Talla: _____cm Pc (_____) IMC (peso/talla en metros al ^{2}):_____Pc (_____)

Examen bucodental: *	Caries: ☐ Si ☐ No Ultimo control: ☐ Más de 6m ☐ Menos de 6m		Ortodoncia fija: ☐ Si ☐ No Oclusión dental: ☐ normal ☐ alterada	
Examen visual: *	Ve bien ☐ si ☐ no		Pupilas: ☐ normal ☐ anormal	
Examen cardiovascular	Inspección: ☐ normal ☐ anormal			Presencia estigmas genéticos o deformaciones anatómicas
	Auscultación: ☐ normal ☐ anormal			Presencia de soplos o ruidos agregados
	FC: _____ por minuto Saturación: _____%			Si la FC o SatO2 se encuentran fuera del rango normal o presenta arritmias
	Pulsos humerales: ☐ presentes ☐ ausentes Pulsos femorales: ☐ presentes ☐ ausentes			Si los pulsos están AUSENTES
	#Tensión arterial: _____/_____mm Hg Pc ( )			TA con percentil mayor a 95
Examen respiratorio	Inspección: ☐ normal ☐ anormal		Auscultación: ☐ normal ☐ anormal	
	Tipo respiratorio: ☐ normal ☐ anormal			
Examen abdominal	Inspección: ☐ normal ☐ anormal		Circunferencia abdominal: _____ cm (si hay sobrepeso)	
	Palpación: Hepato megalia ☐ Sí ☐ No		Espleno megalia: ☐ Si ☐ No	Masas abdominales: ☐ Sí ☐ No
Examen músculo-esquelético	Actitud ☐ normal ☐ anormal		Postura ☐ normal ☐ anormal	Asimetrías ☐ Sí ☐ No
	Cuello y tronco ☐ normal	☐ anormal		Escoliosis ☐ Sí ☐ No
	Extremidades superiores: ☐ normal	☐ anormal	Extremidades inferiores: ☐ normal	☐ anormal
	Movilidad articular	☐ normal	☐ anormal	
	Maniobra de Kendall (** Ver Anexo)	☐ normal	☐ anormal (describa)_____	
	Maniobra de Adams (** Ver Anexo)	☐ normal	☐ anormal (describa)_____	
	Apoyo plantar (** Ver Anexo)	☐ normal	☐ anormal (describa) _____	
Examen genito urinario	☐ ***normal*** ☐ ***anormal*** _____			
Evaluación madurativa (FEMENINO O Y MASCULINO):	***E. Tanner:*** ☐ ***1*** ☐ ***2*** ☐ ***3*** ☐ ***4*** ☐ ***5***		***Menarca:*** ___/___ / ___*(si corresponde)*	
	Ritmo menstrual: ☐ ***regular*** ☐ ***irregular*** FEMENINO post menarca		***FUM : ___/___/___****(si corresponde)*	
Requiere ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:	☐ Sí ☐ No			

ECG si corresponde en los siguientes casos:

- ☐ **Ingreso primaria.**
- ☐ **Ingreso secundaria.**
- ☐ Si respondió SI en la anamnesis de ANTECEDENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR marcados en gris.
- ☐ Si en el examen físico presenta SIGNOS CLÍNICOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR marcado en gris.
- ☐ Si tuvo enfermedad COVID CON AFECTACIÓN CARDIACA según tabla de referencia en Anexo **
- ☐ Si realiza **actividad física competitiva o de alto rendimiento**
- ☐ Según **criterio medico**

Si requiere otros estudios complementarios según el criterio del médico especialista - cardiólogo infantil: (Adjuntar) ☐ Sí ☐ No

Dejo constancia que _____, DNI: ___.___.___, de____ años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra APTO para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo, estadio madurativo y contextura física, y bajo la supervisión de personal idóneo.

APTO SIN ADECUACIÓN: ☐

APTO CON ADECUACIÓN: ☐ *(aclaración del tipo de adecuación)*_____

Lugar: _____

Fecha: ____/___/_____

Firma y sello del médico

-Válido para el Ministerio de salud para otras actividades extraescolares no competitivas-

** Anexo para profesionales de salud y educación		*** Anexo para la familia	

*Se recomienda control odontológico cada 6 meses *Se recomienda control oftalmológico anual desde el ingreso escolar # Carga en SGE – Ciclo lectivo 2027