



Constancia única de salud para la realización de actividades deportivas, recreativas no competitivas. Año 2022

Apellido y Nombre:	DNI:	Sexo:	Edad:
Fecha de Nacimiento:	Domicilio:	Localidad:	Provincia:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	E- mail:	

Antecedentes	Si	No
Problemas cardíacos		
Presión elevada		
Obesidad		
Asma		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de craneo grave		
Diabetes		
Alteraciones sanguíneas		
Desmayos		
Mareos		
Fatiga extrema durante ejercicio		
Palpitaciones		
Dificultad respiratoria durante ejercicio		
Afecciones auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Otros problemas en huesos o articulaciones		

Antecedentes	Si	No
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Disfunción o ausencia de algún órgano par (ojos, pulmones, riñones, ovarios, testículos, etc)		
Alergias alimentarias		
Tos crónica		
Problemas de piel		
Toma medicamentos		
Alergia a algún medicamento		
Usa anteojos		
Tuvo enfermedad por COVID 19 o dio positivo en algún testeo		
Internación por COVID 19		
Secuelas post COVID 19		
Vacunas completas		

Antecedentes familiares	Si	No
Muerte súbita en <50 años		
Problemas cardíacos		
Presión elevada		

Tos crónica		
Obesidad		
Diabetes		
Colesterol alto		

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

Firma de Madre, Padre o tutor legal.

Firma del/la adolescente (14-18 años)

<p>Examen físico Hallazgos positivos:</p> <p>Peso: Talla: IMC: Estadio de Tanner:</p>
--

<p>ECG:</p> <p>Otros estudios:</p>

Constancia de salud para la realización de actividades deportivas, recreativas no competitivas

Dejo constancia que, DNI....., de.....años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de realizar actividades físicas y deportivas de acuerdo a su edad, estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo, en forma gradual y paulatina.

Certificado de presencialidad escolar en tiempos de pandemia

Dejo constancia que DNI, de años de edad, ha sido revisado/a clínicamente y analizado sus antecedentes, concluyendo que tiene diagnóstico de y presenta un estado clínico de bajo riesgo, por lo cual no tiene contraindicación para la actividad escolar presencial; observando rigurosamente el cumplimiento de los protocolos para pandemia covid-19 emitidas por las autoridades sanitarias.

Observaciones:

.....

Lugar y fecha

Firma y sello del médico

Dicha constancia tendrá una validez de un año corrido, siempre y cuando no exista comorbilidad alguna que modifique la salud del paciente.