

CONSTANCIA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA 2026

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

VÁLIDA POR 60 DÍAS

FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA: Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante _____ DNI _____ que cursa _____ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo _____ con fecha de nacimiento _____ con domicilio en _____ en la Ciudad de _____ N° de contacto _____.

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

SI - NO

1. Problemas cardíacos
2. Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)
3. Hipertensión
4. Obesidad
5. Asma bronquial
6. Pérdida de conciencia
7. Convulsiones
8. Traumatismo de Cráneo
9. Diabetes
10. Alteraciones Sanguíneas
11. En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:
12. Desmayos
13. Mareos
14. Dolor en el pecho
15. Cansancio excesivo
16. Palpitaciones
17. Dificultad para respirar
18. Afecciones Auditivas
19. Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias
20. Problemas en los huesos o articulaciones
21. Cirugías
22. Internaciones
23. Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses
24. Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)

- 25. Alergias
- 26. Tos crónica
- 27. Toma de medicación habitual
- 28. Alergia a algún medicamento
- 29. Problema de piel
- 30. Usa anteojos
- 31. Vacunación completa

Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas).

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

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

.....
Firma y Aclaración

.....
Tipo y N° de DNI

.....
Fecha

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>