



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

"2025 - AÑO DEL DÉCIMO ANIVERSARIO DEL RECONOCIMIENTO DE LA BANDERA NACIONAL DE LA LIBERTAD CIVIL
COMO SÍMBOLO PATRIO HISTÓRICO"

III.5. CDE. A RESOLUCIÓN CONJUNTA N°

001576

S y E. -

ANEXO I

APTO FÍSICO UNICO - AFU - NIVEL INICIAL - JARDIN MATERNAL (2 AÑOS)
MINISTERIO DE SALUD / MINISTERIO DE EDUCACION

Establecimiento:	Sala/Grupo:	División:
Apellido/s y nombre/s: _____ DNI: _____		
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: ____ años	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
Domicilio: Calle: _____	N° _____	Piso _____ Dpto. _____
Localidad: _____	Departamento: _____	Provincia: _____ CP: _____
Teléfono Responsable: (____) 15 _____	Correo electrónico de Contacto: _____	@ _____
#Obra social: _____ #Número de credencial: _____		

ANAMNESIS (Para ser completada por los padres o responsables legales)

Antecedentes personales (Marque con una X lo que corresponda)

#Grupo sanguíneo
y factor RH

Antecedentes de salud ¿tiene alguno de los siguientes antecedentes o condiciones de salud?	Sí	No
Prematuraz. Peso al nacer: _____ gr	☐	☐
Problemas cardíacos o enfermedad cardíaca	☐	☐
Problemas o enfermedades respiratorias	☐	☐
Epilepsia o convulsiones	☐	☐
Pérdida de conocimiento o espasmo del sollozo	☐	☐
Afecciones auditivas ¿tiene algún problema para oír?*	☐	☐
Afecciones visuales ¿tiene algún problema para ver?***	☐	☐
Diabetes insulín dependiente	☐	☐
ALERGIAS ¿Cómo se manifiestan?	☐	☐
Alergias respiratorias ¿Cuál/es?	☐	☐
Alergias a alimentos ¿Cuál/es?	☐	☐
Alergias a medicamentos ¿Cuál/es?	☐	☐
Cirugías / fracturas / esguinces ¿Cuál/es?	☐	☐
Infecciones recientes ¿Cuál/es?	☐	☐
¿Recibe alguna medicación? ¿Cuál/es?	☐	☐
Vacunas completas para la edad (Adjuntar copia) Especificar vacunas especiales:	☐	☐

DESARROLLO MADURATIVO:

¿Ha comenzado a caminar?: Si ☐ No ☐ *EP ☐	¿Ha comenzado a correr?: Si ☐ No ☐ *EP ☐
¿Controla esfínteres?: Si ☐ No ☐ *EP ☐	¿Desde cuándo?
¿Juega?: Si ☐ No ☐	¿Le interesa empezar a dibujar? Si ☐ No ☐
¿Sabe expresar lo que necesita o siente?: Si ☐ No ☐ *EP ☐	¿De qué modo?
¿Se comunica?: Si ☐ No ☐ *EP ☐	¿De qué modo?

*EP: en proceso

M. Sc. Ing. Miriam Serrano
Ministra de Educación
Gobierno de Jujuy

D. GUSTAVO ALFREDO BOUHD
MINISTRO SALUD
JUJUY

CERTIFICO QUE LA PRESENTE COPIA
(FOTOCOPIA), ES AUTENTICA DEL ORIGINAL
QUE HE TENIDO A LA VISTA.



LAURA BISCALA RUANO
Jefe de Oficina de Despacho
Ministerio de Salud - Jujuy



Gobierno de JUJUY
Ministerio de Salud

"2025 - AÑO DEL DÉCIMO ANIVERSARIO DEL RECONOCIMIENTO DE LA BANDERA NACIONAL DE LA LIBERTAD CIVIL
COMO SÍMBOLO PATRIO HISTÓRICO"

III. CDE. A RESOLUCIÓN CONJUNTA N°

001576

SVE. -

APTO FÍSICO UNICO – AFU - NIVEL INICIAL - JARDIN MATERNAL (2 AÑOS)
MINISTERIO DE SALUD / MINISTERIO DE EDUCACION

EXAMEN FÍSICO (Para ser completado por el médico pediatra)

PARÁMETRO	RESULTADO
#Peso:	_____ kg - Percentil:
#Talla:	_____ cm - Percentil:
#IMC (Índice de Masa Corporal)	_____
#Puntaje Z	_____
Examen bucodental	Normal ☐ / Alterado ☐
Examen cardiovascular	Normal ☐ / Alterado ☐
Examen respiratorio	Normal ☐ / Alterado ☐
Examen abdominal	Normal ☐ / Alterado ☐
Examen músculo-esquelético	Normal ☐ / Alterado ☐
Condición específica:	Describir: _____

EVALUACION MÉDICA:

Dejo constancia que

DNI: _____
Ha sido evaluado/a clínicamente y se encuentra:
☐ APTO SIN ADECUACIÓN
☐ APTO CON ADECUACIÓN: (detallar ajustes necesarios)

Firma y sello del médico
Aclaración
Matrícula profesional

Fecha: ____/____/____	Firma del padre, la madre o el responsable legal
Lugar: _____	Aclaración _____
	DNI: _____

Se recomienda control odontológico cada 6 meses *Se recomienda control oftalmológico si nunca ha realizado # Carga en SCE - Ciclo lectivo 2025

M. Sc. Ing. Miriam Serrano
Ministra de Educación
Gobierno de Jujuy

Dr. GUSTAVO ALFREDO BOUHID
MINISTRO SALUD
JUJUY -

CERTIFICO QUE LA PRESENTE COPIA
(FOTOCOPIA) ES AUTENTICA DEL ORIGINAL
QUE HE TENIDO A LA VISTA.



Escr. CLAUDIA GISELA HUANCA
A/C Jefatura de Despacho
Ministerio de Salud - Jujuy