



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. I. CDE. A RESOLUCIÓN CONJUNTA N° 001576 S y E. -

**ANEXO II**

APTO FÍSICO UNICO- AFU- NIVEL INICIAL – JARDIN DE INFANTES (3 - 4 - 5 años) MINISTERIO DE SALUD / MINISTERIO DE EDUCACIÓN

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Establecimiento:</b>                     | <b>Sala/Grupo:</b>                           | <b>División:</b>  |
| <b>Apellido/s y nombre/s:</b> _____         |  | <b>DNI:</b> _____   |
| <b>Fecha de nacimiento:</b> ___/___/___     | <b>Edad:</b> _____ años                      | <b>Sexo:</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> |
| <b>Domicilio: Calle:</b> _____              | <b>N°</b> _____                              | <b>Piso</b> _____ <b>Dpto.</b> _____  |
| <b>Localidad:</b> _____                     | <b>Departamento:</b> _____                   | <b>Provincia:</b> _____ <b>CP:</b> _____  |
| <b>Teléfono Responsable:</b> (____)15 _____ | <b>Correo electrónico de Contacto:</b> _____ | <b>#</b> _____  |
| <b>#Obra social:</b> _____                  | <b>#Numero de credencial:</b> _____          |   |

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <b>ANAMNESIS (Para ser completada por los padres o responsables legales)</b> | <b>#Grupo sanguíneo Y factor RH</b> |
| <b>Antecedentes personales (Marque con una X lo que corresponda)</b>         |                                     |

| Antecedentes de salud ¿tiene alguno de los siguientes antecedentes o condiciones de salud? | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Prematuréz. Peso al nacer: _____gr   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardíacos o enfermedad cardíaca  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas o enfermedades respiratorias   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia o convulsiones   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pérdida de conocimiento o espasmo del sollozo  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Afecciones auditivas ¿tiene algún problema para oír?*                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Afecciones visuales ¿tiene algún problema para ver?***                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes insulino dependiente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>ALERGIAS ¿Cómo se manifiestan?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias respiratorias ¿Cuál/es?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias a alimentos ¿Cuál/es?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias a medicamentos ¿Cuál/es?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugías / fracturas / esguinces ¿Cuál/es?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infecciones recientes ¿Cuál/es?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Recibe alguna medicación? ¿Cuál/es?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vacunas completas para la edad. Especificar vacunas especiales: _____                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| DESARROLLO MADURATIVO:   |  |
|--|--|
| ¿Corre y coordina bien los movimientos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | ¿Sabe saltar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                      |
| ¿Sabe expresar lo que necesita o siente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   | ¿De qué modo?  |
| ¿Se comunica con los otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | ¿De qué modo?  |
| ¿Juega? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | ¿Participa en juegos cooperativos con otros niños? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Dibuja? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   | ¿Pinta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |
| ¿Controla los esfínteres durante el día y la noche? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | ¿Desde qué edad controla esfínteres? _____ años y _____ meses  |
| ¿Prefiere una mano para usar objetos de la vida cotidiana? (Ejemplo para dibujar o comer): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Cuál?   |
| ¿Puede ponerse o sacarse una campera por sí solo/a o con poca ayuda? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>  |
|  | ¿Le interesa ayudar a vestirse y desvestirse? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>      |

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

Dr. GUSTAVO ALFREDO BOUHID  
MINISTRO DE SALUD  
- JUJUY -

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



CLAUDIA BISELA HUANCA  
Arc. Letrada de Boquepato  
Instituto de Estadística - Jujuy



Gobierno de JUJUY  
Ministerio de Salud

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

III.º. CDE. A RESOLUCIÓN CONJUNTA Nº

001576

S.V.E. -

APTO FÍSICO UNICO- AFU- NIVEL INICIAL – JARDIN DE INFANTES (3 - 4 - 5 años) MINISTERIO DE SALUD / MINISTERIO DE EDUCACION

| PARÁMETRO  | RESULTADO   |
|--|---|
| #Peso:   | _____ Kg Percentil:   |
| #Talla:  | _____ cm Percentil:   |
| #IMC (Índice de Masa Corporal)                     | _____   |
| #Tensión arterial (se toma a partir de los 3 años) | ____/____ mmHg  |
| Examen bucodental                                  | Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/> |
| Examen cardiovascular                              | Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/> |
| Examen respiratorio                                | Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/> |
| Examen abdominal                                   | Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/> |
| Examen músculo-esquelético                         | Normal <input type="checkbox"/> / Alterado <input type="checkbox"/> |
| 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 _____<br>DNI: _____                   |

\* Se recomienda control odontológico cada 6 meses \*\*\* Se recomienda control oftalmológico anual. #Carga en SGE - Cuyo lectivo 2025

M.º S. Ingo. 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.



CLAUDIA GISELA HUANC  
 J/C Jefatura de Despacho  
 Ministerio de Salud - Jujuy