



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.3. CDE. A RESOLUCIÓN CONJUNTA N°

001576

S y E. -

ANEXO III

APTO FÍSICO ÚNICO - AFU para la práctica de educación física escolar NO
COMPETITIVA de niños/as y adolescentes MINISTERIO DE SALUD/MINISTERIO
DE EDUCACIÓN

Establecimiento: _____ Grado/Curso: _____ División: _____

Apellido/s y nombre/s: _____ DNI: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años Sexo: Femenino: ☐ Masculino: ☐
Domicilio: Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Lote/manzana: _____
Localidad: _____ Departamento: _____ Provincia: _____ CP: _____
Teléfono Propio: (____) ____-____ Correo electrónico propio: _____
Apellido/s nombre/s responsable legal: _____ DNI: _____
Teléfono: (____) ____-____ Correo electrónico: _____ Parentesco: _____

#Obra social: _____ #Número de credencial: _____

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

#GRUPO y
FACTOR Rb

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			Padece COVID-19		
Afecciones auditivas			Padece Dengue		
Afecciones visuales/oftalmológicas			Cirugías (cual/es)		
Diabetes			Fracturas, traumatismos o luxaciones (cual/es)		
Alteraciones de la sangre o la coagulación			Alteraciones óseas permanentes (cual/es)		
Corriente o después del parto / ha padecido:			Falta o no funcionamiento de algún órgano (cual/es)		
Desmayos			Alergias: ¿cómo se manifiestan?		
Mareos			A medicamentos. Cual/es:		
Dolor fuerte en el pecho			A alimentos. Cual/es:		
Palpitaciones o latidos fuertes			Otros:		
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?		
Antecedentes de prematuridad (Peso de nacimiento: _____ gr)			¿Cual?		
			¿Usa anteojos o lentes de contacto? ¿Causa?		
			miopía hipermetropía astigmatismo		
			¿Se encuentra bajo algún tratamiento?		
			Farmacología Psicología Psiquiatría 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

Vacuna Covid-19	SI	No	dosis	1	2	3	4	+	Últimas vacunas colocadas del calendario oficial:
Vacuna dengue			dosis	1	2				18 meses Ingreso escolar (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		
Enfermedades cardíacas			Diabetes		
Presión arterial elevada			Colesterol elevado		
			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: _____

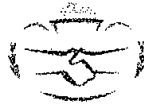


M. Sc. Ing. Miriam Serrano
Ministra de Educación
Gobierno de Jujuy

Dr. GUSTAVO ALFREDO BOUHD
MINISTRO DE SALUD
JUJUY -

Dr. CLAUDIA GISELA HUANC
A/C Jefatura de Resguardo
Subgerencia de Salud - Jujuy

CERTIFICADO QUE LA PRESENTE COPIA
(FOTOCOPIA) ES AUTÉNTICA DEL ORIGINAL
QUE HE TENIDO A LA VISTA.



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 J9. CDE. A RESOLUCIÓN CONJUNTA N°

001576

S y E. -

APTO FÍSICO ÚNICO - AFU para la práctica de educación física escolar NO
COMPETITIVA de niños/as y adolescentes MINISTERIO DE SALUD/MINISTERIO
DE EDUCACIÓN

Examen físico (debe ser completado por el médico)

#Puntaje
Z

#Peso: _____ Kg Pc(_____) #Talla: _____ cm Pc(_____) IMC (peso/talla en metros al 2): _____ Pc(_____)		
Examen bucodental:	Caries: ☐ Si ☐ No	Ortodoncia fija: ☐ Si ☐ No
	Último control: _____ Más de 6m Menos de 6m	Oclusión dental: ☐ normal ☐ alterada
Examen visual:	OD: ☐ normal ☐ anormal	OI: ☐ normal ☐ anormal
	☐ Miopía ☐ Astigmatismo	☐ Miopía ☐ Astigmatismo
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	Si los pulsos están AUSENTES
	Pulsos femorales: ☐ presentes ☐ 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
	Palpación: ☐ normal ☐ anormal	Hepatomegalia ☐ Si ☐ No Esplenomegalia ☐ Si ☐ No Masas abdominales: ☐ Si ☐ No
Examen músculo- esquelético	Actitud ☐ normal ☐ anormal	Postura ☐ normal ☐ anormal
	Cuello y tronco ☐ normal ☐ anormal	Extremidades superiores: ☐ normal ☐ anormal
	Extremidades inferiores: ☐ normal ☐ anormal	Extremidades inferiores: ☐ normal ☐ anormal
	Movilidad articular ☐ normal ☐ anormal	
	Maniobra de Kendall (** Ver Anexo) ☐ normal ☐ anormal	anormal (describa)
	Maniobra de Adams (** Ver Anexo) ☐ normal ☐ anormal	anormal (describa)
	Apoyo plantar (** Ver Anexo) ☐ normal ☐ anormal	anormal (describa)
Examen genito urinario ☐ normal ☐ anormal		
Evaluación madurativa (FEMENINO o Y MASCULINO): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Menarca: _____ / _____ / _____ (si corresponde)		
FEMENINO post menarca: ☐ regular ☐ irregular FUM: _____ / _____ / _____		
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: ☐ Si ☐ No		
Requiere ECG ☐ Si ☐ No		
ECG 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-19 CON AFECTACIÓN CARDIACA según tabla de referencia en Anexo ** ☐ Si realiza actividad física competitiva. ☐ Según criterio médico ☐ Si ☐ No		
¿Requiere otros estudios complementarios según el criterio del médico especialista - cardiólogo infantil -?: (Adjuntar)		
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 textura física, y bajo la supervisión de personal idóneo.		
APTO SIN ADECUACIÓN: ☐		
APTO CON ADECUACIÓN: ☐ (declaración del tipo de adecuación por condición de salud que lo requiera)		
Lugar: _____		
Fecha: _____ / _____ / _____		
Firma y sello del médico		

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



** 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 2025

Dr. Miriam Serrano
Ministra de Educación
Gobierno de Jujuy

Dr. GUSTAVO ALFREDO BOUHD
MINISTRO SALUD
JUJUY -

Dr. CLAUDIA BISELA HUANG
Vice Jefe de Despacho
Ministerio de Salud - Jujuy