



### EXAMEN DIAGNÓSTICO EDUCACIÓN FÍSICA A DISTANCIA

<b>Nombre:</b>	<b>Grado y Grupo:</b>	<b>Fecha</b>
<b>Escuela:</b>		

Indicaciones: Señala en el cuadro de SI o NO tu respuesta a la pregunta.

PREGUNTAS	SI	NO
1.-Me gusta tal como soy físicamente		
2.-Cuando estoy nervioso, se cómo tranquilizarme.		
3.-A menudo me siento triste sin saber el motivo.		
4.-Tengo muchos amigos.		
5.-Me gusta hacer las actividades de Educación Física en casa.		
6.-Noto cuando los demás están de mal humor.		
7.-A menudo me enojo y actué bruscamente.		
8.-Cuando tengo que hacer cosas nuevas, tengo miedo a equivocarme.		
9.-Noto cuando los demás están contentos.		
10.- Tengo ganas de jugar con mis amigos en la clase de Educación Física.		

Indicaciones: responde la pregunta en el espacio en blanco.

PREGUNTA	RESPUESTA
1.-En mi casa juego a:	
2.-A que quiero jugar, pero por falta de espacio no puedo:	
3.-Quien o quienes me apoyan con las tareas en casa incluidas las actividades de educación física.	
4.-Con que materiales o implementos cuento en casa que pueden ser utilizados en una actividad de Educación física ya sea presencial o a distancia (palos de escoba, toallas, botellas de plástico, por mencionar algunos).	
5.-Que espacios de mi casa pueden ser utilizados para realizar las actividades de Educación Física.	
6.-He detectado cambios en mi cuerpo últimamente (aumento de peso, estatura, etc....) ¿Cuáles son?	

Nota: esta sección la debe contestar el padre de familia o tutor.

Nombre del alumno(a):	Fecha de nacimiento:	Edad:
Tipo de sangre:	Estatura:	Peso:
Domicilio:		

Teléfonos a los que llamar en caso de emergencia:

Nombre del padre:	Nombre de la madre:	Nombre de un familiar:
Celular:	Celular:	Celular:
Teléfono de casa:	Teléfono de casa:	Teléfono de casa:
Otro teléfono:	Otro teléfono:	Otro teléfono:

Tache la respuesta en las siguientes preguntas, en caso de ser afirmativas explique de la manera más detallada posible.

1.- ¿Cuenta con servicio médico?: Si ( ) No ( )

IMSS ( )	ISSSTE ( )	OTRO ( )
Por parte de:	Por parte de:	Por parte de:

2.- ¿Tiene su hijo problemas cardiovasculares? Si ( ) No ( )

---

---

3.- ¿Padece algún tipo de alergia? Si ( ) No ( )

---

---

4.- ¿Tiene dificultades respiratorias? Si ( ) No ( )

---

---

5.- ¿Padece algún otro tipo de alteración que considere necesario que el docente de Educación Física debe conocer? Si ( ) No ( ) ¿Cuál es o cuáles son?

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre, madre o tutor

Nota: autorizo que mi hijo(a) realice las actividades de Educación Física las cuales deben de ser acordes y pertinentes a las capacidades, características y fases sensibles de los alumnos.