



FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los alumnos.

Apellido/s y Nombre/s del alumno/a:

Curso: 1° Año

División:

Ciclo Lectivo: **2020**

DNI:

Edad:

Peso:

Altura:

Obra Social:

Nº Afiliado:

Grupo Sanguíneo:

FC:

Presión Arterial:

Tel. casa/celular de los padres:

Teléfono de contacto en casos de urgencias:

¿Medicación Permanente?

SI

NO

Si respondió SI, especifique:

Existe alguna actividad física en la cual su médico haya indicado que su hijo/a no debería participar?

SI

NO

Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.

¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación?

SI

NO

En caso de responder NO, indique las que faltan:

Otras vacunas:

FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL

ACLARACIÓN

DOCUMENTO

El arriba firmante se compromete a comunicar formalmente al Profesor de Educación Física y a la autoridad escolar cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha y, en caso de ser necesario, pedir una entrevista con el docente.



PARA COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO

Completar con una CRUZ SI PADECE o NO las siguientes afecciones/problemas de salud/enfermedades.

	SI	NO	SI RESPONDIÓ SÍ, EXPLIQUE.
Asma, crisis asmáticas			
Problemas Cardiovasculares (soplos, arritmias, cardiopatía congénita)			
Alguna dificultad respiratoria			
Dificultades Osteoarticulares:			
* Dolencia			
* Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
Traumatismos			
Ha presentado síncope			
Dificultades Neurológicas:			
* Ha presentado convulsiones			
* Trastornos del sueño: insomnio, terrores nocturnos, sonambulismo			
* Dificultad de la marcha			
* Padece epilepsia			
Dificultad de audición, hipertrofia de cornetes, sinusitis, otitis.			
Algún tipo de alergia/ afecciones alérgicas			
Trastornos alimentarios			
Diabetes			
Cirugías previas			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud (especificar)			

CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA:	APTO	NO APTO
--	-------------	----------------

PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL CICLO LECTIVO 2020

--

Fecha: / /	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO
------------------	--------------------------