

## 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: | División: | Ciclo Lectivo: |
|--------|-----------|----------------|

|      |       |       |         |
|------|-------|-------|---------|
| 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:

**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)   |                   |  |                  |
| <b>FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL</b>  | <b>ACLARACIÓN</b> |  | <b>DOCUMENTO</b> |
|   |                   |  |                  |
| 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. |                   |  |                  |