

## 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:

| 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)  |                                 |  |                |
| <b>CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA:</b>   | <b>APTO</b>                     |  | <b>NO APTO</b> |
| <b>PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL CICLO LECTIVO 2024</b> |                                 |  |                |
|  |                                 |  |                |
| Fecha:    /    /   | <b>FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO</b> |  |                |