

Ciclo lectivo

Fecha de actualización

DATOS DEL ALUMNO _____

Apellidos: Nombres:

D.N.I. : Fecha de nto.: Edad:

Domicilio:..... Localidad:.....

Nombre del adulto responsable: Vínculo:..... Te:.....

Otro teléfono:..... Perteneciente a:.....

¿Posee cobertura médica? SÍ NO N° de afiliado:.....

Obra Social:..... Prepaga:..... Plan médico de cabecera:.....

GRUPO SANGUÍNEO	FACTOR	PESO	ALTURA

ANTECEDENTES DE SALUD _____

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Diabetes			
Enfermedad cardíaca (soplo, palpitaciones, hipertensión)			
Hernia			
Alergia (aclarar a qué y cómo la trata)			
Asma – Bronquitis crónica – Broncoespasmo - Otros			
Convulsiones			
Sinusitis, adenoiditis, otitis (a repetición)			
Otras (aclarar cuáles)			

Operaciones	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Apendicitis (aclarar mes y año)			
Otras (aclarar mes y año)			

En los últimos dos meses ¿Tuvo alguna de estas enfermedades?	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Mononucleosis infecciosa			
Hepatitis			
Sarampión			
Paperas			
Varicela			
Tuberculosis			
Fracturas, esguinces, luxaciones			

¿Manifiesta algún problema...	SÍ	NO	OBSERVACIONES (cuál)
Auditivo...			
Visual ...			
Con algún tipo de alimento...			
Con el sueño o el dormir...			
Cuando viaja en algún medio de transporte...			
Con la práctica de deportes...			
Con el control de esfínteres...			
De desviación de columna...			
Pérdida de conciencia...			
Desmayos por golpe de calor...			

¿Posee algún familiar directo fallecido antes de los 45 años por falla cardíaca súbita?	SÍ	NO
¿Actualmente toma algún medicamento?	SÍ	NO
Indique el nombre del medicamento y la duración del tratamiento:		
¿Sabe nadar?	SÍ	NO
Vacuna antitetánica	SÍ	NO

El que suscribe se hace responsable de las omisiones en que hubiera incurrido al cumplimentar la presente ficha.

Firma del adulto responsable

DNI: Aclaración:.....



CERTIFICACIÓN MÉDICA _____ **FECHA:** _____

Certifico que el alumno _____ se encuentra apto para realizar actividades de educación física y recreativas acordes a su edad, sexo y estadio educativo.

Firma y sello del profesional

Aclaración firma

Número de matrícula

Adjuntar copia del carnet de la Obra Social o Medicina Prepaga si lo poseen.