

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.**