



## FICHA MÉDICA

FECHA:

APELLIDO Y NOMBRE:.....

NIVEL.....AÑO.....DIVISIÓN.....

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:.....

FECHA DE NACIMIENTO:..... / ..... / ..... EDAD:..... SEXO:.....

DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES:.....

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A

(Madre/Padre):.....TEL:.....

GRUPO SANGUINEO:..... FACTOR RH: (.....)

OBRA SOCIAL:..... SOCIO N° :..... TEL:.....

## ANTECEDENTES DE INTERÉS

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Si No ¿CUÁL?.....

¿Durante los últimos tres años fue internado/a alguna vez?

Si No ¿MOTIVO?.....

### Se encuentra padeciendo: (poner si o no)

- Procesos inflamatorios o infecciosos: .....
- Enfermedades metabólicas: .....
- Diabetes: .....
- Cardiopatías Congénitas/Infecciosas: .....
- Hernias: .....
- Otras: .....

### Ha padecido en fecha reciente (poner si o no)

- Hepatitis (60 días): .....
- Sarampión (30 días): .....
- Parotiditis (30 días): .....
- Mononucleosis infecciosa: .....
- Esguinces, luxaciones, fisuras, fracturas (60 días): .....
- ¿Dónde?.....
- .....

¿Tiene algún tipo de alergia? Si No (en caso afirmativo describa debajo)

Describe:.....

La alergia se debe a:.....No sabe:.....

¿Recibe tratamiento permanente? Si No

¿Cuál?.....

## TRATAMIENTOS MÉDICOS

¿Recibe tratamiento médico? Si No Especifique:.....

¿Quirúrgicos? Si No Edad:..... Tipo de cirugía:.....

¿Presenta algún tipo de limitación física? Si No Especifique:.....

SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL ALUMNO/A NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.....





## VACUNAS

Vacuna	Cantidad de Dosis	Fuente de información	
		LSMI	Otras Cert.
SABIN			
BCG			
ANTIHEMOPHILUS			
TRIPLE BACT. (DPT)			
TRIPLE VIRAL (SRP)			
OTRAS			

### SI EL ALUMNO PRESENTA ALGÚN PROBLEMA DE SALUD

Recurrir a Institución:.....

Dirección:.....Localidad:.....

Teléfono:.....

Avisar al Médico: (Nombre y Apellido).....

Dirección:.....Localidad:.....

Teléfono:.....

Avisar a familias: (Nombre y Apellido).....

Dirección:.....Localidad:.....

Teléfono:.....

### AUTORIZACIÓN

Teniendo conocimiento del estado Psicofísico de mi hijo/a, autorizo al mismo a realizar EDUCACIÓN FÍSICA

Firma

Aclaración

DNI

*La siguiente información deberá ser provista por un profesional médico.*

Consignar: S/P (Sin problemas) - C/P (Con problemas)      **FECHA:**

Sistema Cardio-Vascular: .....

Columna Vertebral: .....

Tensión Arterial: .....

Sistema Muscular: .....

Aparato Respiratorio: .....

Vista: .....

Sistema Nervioso: .....

Oído: .....

Aparato Osteo-Articular: .....

Enfermedades metabólicas: .....

Otras: .....

Observaciones: .....

Manifiesto que el alumno/a.....

DNI.....ha sido examinado/a y resulta clínicamente APTO - NO APTO (tachar lo que no corresponde) para la práctica de Educación Física.

**FIRMA DEL MÉDICO**

**SELLO**

**ACLARACIÓN**

