



## 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: 2021 |         |  |
| 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.**

**Alumno: :.....**

**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)       |    |    |                            |

**CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA:**

**APTO**

**NO APTO**

**PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL CICLO LECTIVO 2.021.**

Fecha:     /     /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO



**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO

**DIGES**  
DIRECCIÓN GENERAL DE  
EDUCACIÓN SECUNDARIA

2021