



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:

Dado el contexto de Pandemia de Covid-19 y hasta tanto Padre, Madre o Tutor/a Legal del/la estudiante puedan completar la Ficha firmada por el/la Profesional Médico, estará vigente la presente ficha.

Completar con una CRUZ SI PADECE o NO las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.

AFECCIONES	SI	NO	SI RESPONDIÓ SÍ, EXPLIQUE.
¿Medicación Permanente?			
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			
¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación?			
En caso de responder NO, indique las que faltan:			
Otras vacunas:			
Existe alguna actividad física en la cual su médico haya indicado que su hijo/a no debería participar?			
Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.			
EL/LA ALUMNO/A SE ENCUENTRA:	APTO		NO APTO
PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL CICLO LECTIVO 2021.			
<p>El/la abajo firmante asume la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados/as que, en caso de emergencia, el/la estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución, por escrito, cualquier modificación posterior a la información declarada en la presente ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems que le impidan al estudiante realizar actividad física, deberán presentar el Certificado Médico correspondiente adjunto a la presente ficha, e indicando los cuidados a tener en cuenta dentro del ámbito escolar.</p>			
Fecha: / /	ACLARACIÓN DE FIRMA		FIRMA PADRE/MADRE O TUTOR/A LEGAL DEL/LA ESTUDIANTE
Apellido/s y Nombre/s del/la alumno/a:			