



FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ESTUDIANTE

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los estudiantes.

Apellido/s y Nombre/s del Estudiante:

Curso:	División:		Ciclo Lectivo: 202__		
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 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 PROGENITOR O 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.

Estudiante:

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.

Fecha: / /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO