



FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A.....

DNI.....FECHA DE NACIMIENTO.....EDAD.....

DOMICILIO.....

TELÉFONOS DE CONTACTOS.....

OBRA SOCIAL.....

GRUPO SANGUÍNEO.....FACTOR.....

ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO

ANTECEDENTES GENERALES DEL ESTUDIANTE:

MARCAR CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA

ANTECEDENTES DE	SI	NO	En caso afirmativo, especificar tratamiento o sugerencia de estudios/ medicación
DIABETES			
HEPATITIS A- B -C			
HEMOFILIA			
EPILEPSIA			
CONVULSIONES			
MENINGITIS			
ARRITMIA CARDÍACA			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
MAL DE CHAGAS			
ANEMIA			
ANOREXIA/BULIMIA			
ALERGIAS			
ASMA			
PAPERAS			
SARAMPIÓN			
FRACTURAS/ESGUINCES			
OPERACIONES			
PRÓTESIS			

ANTECEDENTES DE	SI	NO	En caso afirmativo, especificar tratamiento o sugerencia de estudios/ medicación
MARCAPASOS			
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO			
DIFICULTADES EN LA VISIÓN			
DIFICULTADES EN LA AUDICIÓN			
DIFICULTADES EN EL LENGUAJE			
ANAFILAXIS			
OTROS			

DECLARACIÓN JURADA: Los abajo firmantes declaran haber completado en forma veraz los datos consignados en la presente ficha, liberando expresamente a docentes y directivos de la institución educativa, de toda responsabilidad por cualquier perjuicio derivado de la asistencia o práctica médica que tome como referencia los datos aquí manifestados. Además, los señores padres se comprometen a comunicar por escrito a la institución cualquier modificación posterior a la información anterior declarada en la fecha

 FIRMA DEL PADRE

 FIRMA DE LA MADRE

ACLARACION Y DNI

ACLARACION Y DNI

FECHA.....

CONTROL MÉDICO (CON UN PROFESIONAL)

PESO..... TALLA.....

CONTROL CARDIOLÓGICO.....

SE SUGIERE ALGÚN ESTUDIO

¿EL ESTUDIANTE ESTA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA?: SI - NO

OBSERVACIONES PARA SER TENIDAS EN CUENTA.....

.....
 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
 FECHA.....