



FICHA MEDICA DEL ALUMNO

Nombre: _____ Curso: _____

Grupo sanguíneo: _____ . Factor RH: _____ . Peso: _____ . Altura: _____ .

ANTECEDENTES ALERGICOS: Si es alérgico coloque SI o NO: _.

Si respondió (SI) indique a que: _____ , medicamento: _____ .

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES: Si padece o padeció algunas de las siguientes enfermedades, coloque SI o NO.-

Rubeola: __ . Anginas: ____ . Poliomieltitis: __ . Epilepsia: __ . Varicela: __ . Asma: ____ . Ulceras: ____ . Chagas: ____ .
Sarampión: , Meningitis: , Convulsiones: -, Otitis: . Diabetes: _ . Anemia: _ .
Infección urinaria: ____ . Arritmia: Hemofilia: ____ . Hipertensión: _ .
Tuberculosis: _ . Hepatitis: ____ . Colecistitis: ____ . Bronquitis: ____ . Epistaxis: ____ .
Otra (indicar cual): ____ . Visión – audición: ¿Realiza algún control? SI o NO: __
_____ .

¿En los últimos 30 días sufrió?: Fracturas: __ . Esguinces: ____ . Prótesis: ____ . Cirugías: _____ .
_____. Procesos inflamatorios: ____ . Enfermedades infecto contagiosas: __ .
Traumatismo de cráneo _____ pérdida de conocimiento _____ Calendario de vacunación completo: SI o NO: _.

Si está actualmente bajo tratamiento médico por alguna afección, mencionar los siguientes datos:

Enfermedad: _____ . Medicamento: _____ .

¿Dio positivo de Covid?: Si _____ No _____ Fecha de alta: __/__/__ Recibió Vacunas? Si __ No _____

Tiene Obra Social: SI o NO: ____ .

Si respondió (SI) indique cual _____ .-

Realizó estudios pos Covid, cuáles? _____

DECLARO bajo juramento que los datos consignados son verdaderos y **CERTIFICO** también como padre que mi hijo/a no se encuentra actualmente con problemas de salud física o tratamiento médico que le impidan participar de la clase de Educación física.-

LUGAR: _____ . FECHA: _____ .-

FIRMA DEL PADRE MADRE O TUTOR

D.N.I.

ACLARACION