



## *Ficha Médica*

Apellido y Nombre del Alumno/a:.....

Sala/Grado:.....División.....Turno.....Fecha.....Ciclo Lectivo.....

Domicilio:.....Localidad.....

Fecha de Nacimiento:...../...../...../.....Lugar:.....D.N.I.:.....

Teléfono:.....Edad:.....Talla (en Cm.):.....Peso.....

Grupo Sanguíneo:..... Factor.....Contextura Física: Normal Robusta Débil

Apellido y Nombre del Médico Personal.....

Teléfono.....

### **Antecedentes Personales**

¿Padece de algunas de las siguientes enfermedades?	Indicar con X		¿Padece de alguna de las siguientes enfermedades?	Indicar con X	
	SI	NO		SI	NO
Desmayos			Hepatitis( 60 días)		
Cardiopatías congénitas			Sarampión(30 días)		
Alergias			Parotiditis(30 días)		
Convulsiones			Mononucleosis Infecciosa (30 días)		
Epilepsia			Esguinces o Luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)		
Asma			Diabetes		
Determinar operaciones, Problemas motrices o alguna otra enfermedad no descripta					
¿Toma medicamentos en forma permanente? ¿Cuáles?					

Nota: en caso de constatar afirmativo algunos de los ítems señalados precedentemente, deberá presentar, conjuntamente con el formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si, en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividades físicas.

Consignar si el alumno/a es apto para realizar actividades físicas durante el presente ciclo lectivo: SI NO

Observaciones:.....

.....

.....  
Firma y Aclaración del Médico

.....  
Firma y Aclaración del /la Tutor/a