



Sala / Grado / Curso:

Ciclo Lectivo:

FICHA SANITARIA

Apellido:	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento: / /	Nº de D.N.I. :
Obra Social :	Nº de Afiliado :
Grupo Sanguíneo:	Factor RH :
Teléfonos :	Otros teléfonos de emergencia :
Nº de Celulares:	

VACUNAS: (fecha de la última dosis)

B.C.G. / /
DOBLE / TRIPLE / CUÁDRUPL / /
SABÍN / /
ANTITETÀNICA / /

ENFERMEDADES QUE PADECE o PADECIÓ: (marque con una x)

Sarampión	<input type="checkbox"/>	Otitis Crónica	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Tos convulsiva	<input type="checkbox"/>	Celiaquía	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	OTRAS:	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

Fracturas:

¿Padece o padeció convulsiones? SI / NO Causas:

En caso afirmativo, indicar medidas a tomar:

¿Tiene problemas de coagulación? SI / NO Causas:

En caso afirmativo, indicar medidas a tomar:

¿ Padece o padeció reacciones alérgicas? SI/ NO Causas:

Medicación que no puede recibir:

Realiza Tratamiento por alguna enfermedad crónica o eventual SI / NO

Detallar medicación y enviar indicaciones al docente a cargo:

OTROS COMENTARIOS SIGNIFICATIVOS:

.....

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, los mantendré actualizados en caso de variar alguno de ellos.

De no ser entregada esta ficha en el término que establezca la dirección de cada nivel, se computará AUSENTE en EDUCACIÓN FÍSICA.

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

EL ALUMNO/A SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN

FÍSICA: SI NO

Observaciones médicas:

.....

Firma de Autoridad Médica:

Firma Padre/
Madre/Tutor: _____

Aclaración
de Firma: _____

