**FICHA MÉDICA**

**ÁREA EDUCACIÓN FÍSICA**

**APELLIDO Y NOMBRE: …………………………………………………………………………………….**

**DNI: …………………………………………………SALA/GRADO:……………….TURNO:………………….**

**FECHA DE NACIMIENTO: ……./… …/……. EDAD: …………..**

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: ……………………………….. TEL:…………...................**

**GRUPO SANGUÍNEO: ……………………… FACTOR:…………………………………….....................**

**OBRA SOCIAL:…………………………………...SOCIO Nº: ………………………………………………**

Solicitamos su colaboración para descubrir las posibles afecciones del alumno/a que nos lleven a poder intentar evitar cualquier tipo de lesiones o trastornos derivados de una falta de información.

**COMPLETE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Peso: …………………………….  | Talla: …………………………  |
| Perímetro Cefálico: ……………………..…  | Tensión arterial: …………………………..  |

¿Toma medicación permanente? **SÍ NO**---¿Cuál?................................................................................................

 **RODEE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE CONSIDERE VERDADERA:**

1. ¿Tiene el niño/a problemas cardiovasculares? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: ……………………………
2. ¿Es diabético? **SÍ NO**  En caso afirmativo, explique: ………………………………………………
3. ¿Sufre algún tipo de alergia? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: ………………………………………………
4. ¿Tiene dificultades respiratorias? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: ………………………………………………
5. ¿Manifiesta alguna alteración de huesos o articulaciones? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: ……………………………
6. ¿Padece alguna deformación de los pies (planos, cavos)? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: ……………………………
7. ¿Padece alguna alteración de la columna vertebral? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: ………………………………………
8. ¿Ha sufrido intervención quirúrgica reciente? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: ………………………………………………
9. Enfermedades y traumatismos que haya padecido y que requieran un cuidado especial: ………………………………………………
10. Otras enfermedades o inconvenientes que considere oportuno: …………………………………………………
11. ¿Presentó COVID-19? **SÍ NO**
12. En caso afirmativo: ¿Tuvo síntomas? **SÍ NO** ¿Realizó hisopado para su confirmación? **SÍ NO**

**Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad.**

# Firma y sello del Profesional

La presente ficha tiene que ser completada por **un profesional** **médico** y tienen tiempo de presentarla hasta el 30/03/21, caso contrario su hijo/a no podrá realizar actividad física.