



FICHA MÉDICA - CICLO LECTIVO 202....
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 N°:**

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

COMPLETE:

Peso:	Talla:	Tensión arterial:	Perímetro Cefálico:
-------------	--------------	-------------------------	---------------------------

¿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:

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

Fecha:/...../.....

Firma y sello del Profesional

La presente ficha debe ser completada por **un profesional de la salud** y
hay tiempo de presentarla hasta el 31/03.
En caso contrario el/la estudiante no podrá realizar actividad física.