



Instituto Santiago Apóstol

Ficha Médica – Educación Física

Datos del alumno

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: _____ D.N.I.: _____

Domicilio de padres/tutor: _____

Teléfono: _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Teléfonos: _____

OBRA SOCIAL:.....

Antecedentes del alumno

Grupo sanguíneo: _____

Vacuna Antitetánica: _____ Fecha: _____ Validez: _____

Presión Alta: _____ Normal: _____ Baja: _____

Sufre o sufrió de (Contestar SI o NO al lado de cada ítem)

	SI	NO	OBSERVACIONES
Asma			
Diabetes			
Cardiopatías			
Epilepsia			
Convulsiones			
Hemofilia ¿qué tipo?			
Problema de columna			
Problema neurológico			
Problema de visión			
Problema reumático			
Malformaciones óseas			
Pie plano			
Traumatismos o fracturas			
Prótesis			
Transplantes			
¿Padece enfermedades crónicas?			
Otras:			

¿Sufre alergia medicamentosa o a otras sustancias?

Indique si actualmente está tomando algún medicamento o realizando algún tratamiento

¿Hay alguna recomendación médica que deba conocer el docente?

El alumno/a _____

se encuentra apto/a para realizar actividad física a nivel escolar durante el ciclo lectivo 2018.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FECHA:.....

Dejo constancia que los datos aquí consignados son verdaderos y no se omite ninguna información a la escuela (el informar la mayor cantidad de datos sobre su hijo en un eventual accidente puede ser de gran ayuda).

Autorizo a mi hijo/a _____

a concurrir al campo de deportes durante el año 2018

FIRMA PADRE O TUTOR

ACLARACION Y DNI
