

FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE				
(Completar con letra imprenta mayúscula)				
La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar del estudiante.				
APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ESTUDIANTE:				
ESCUELA:				
Curso:	División:	Turno:	Ciclo Lectivo:	
DNI:	Edad:	Teléfono casa/celular de los padres:		
Obra Social:	Nº Afiliado:			
Otros teléfonos de contacto en caso de urgencia:				
¿Medicación Permanente? SI / NO		Si respondió SI, especifique:		
¿Existe alguna actividad física en la cual su médico haya indicado que su hijo/a no debería participar?		SI	NO	
Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.				
¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación? SI / NO				
En caso de responder NO, indique las que faltan:				
Otras vacunas:				
IMPORTANTE: El/la abajo firmante se compromete a comunicar formalmente a la Autoridad Escolar y al Profesor de Educación Física cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha y, en caso de ser necesario, pedir una entrevista con el docente.				
FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL		ACLARACIÓN		DOCUMENTO
PARA COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO				
Peso:	Altura:	Grupo Sanguíneo:	Presión Arterial:	Frecuencia Cardíaca:
Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.				
	SI	NO	Si respondió SÍ, especifique	
DIFICULTADES RESPIRATORIAS				
*Asma, crisis asmáticas				
*Bronquitis. Otras:				
DIFICULTADES CARDIOVASCULARES				
* Soplos, arritmias, cardiopatía.				
* Hipertensión arterial / Hipotensión arterial. Síncope.				
DIFICULTADES NEUROLÓGICAS				
* Epilepsia (crisis convulsivas)				
	SI	NO	Si respondió SÍ, especifique	
*Trastornos de sueño (Insomnio, sonambulismo)				

* Otras.			
DIFICULTADES MOTORAS			
DIFICULTADES VISUALES (Miopía, astigmatismo)			
DIFICULTADES AUDITIVAS			
TRASTORNOS DEL SUEÑO			
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO			
*Celiaquía			
*Otros:			
ENFERMEDADES ENDOCRINO - METABÓLICAS			
*Diabetes			
*Hipotiroidismo/ Hipertiroidismo			
*Gota. Otras.			
ALTERACIONES EN EL PESO Y ESTATURA			
ALERGIAS			
*Respiratorias			
*Dermatológicas. Otras.			
Hernia inguinal u otra.			
ALTERACIONES OSTEOARTICULARES			
*Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
*Traumatismos. Otras.			
ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS			
*Anemia. Otras.			
ANTECEDENTES DE TRANSFUSIONES			
TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA SALUD MENTAL			
CIRUGÍAS PREVIAS			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud			
CERTIFICO QUE EL/LA ESTUDIANTE SE ENCUENTRA: APTO / NO APTO (tachar lo que no corresponda) PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL PRESENTE CICLO LECTIVO.			
Fecha: / /	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		