



**FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO**

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los alumnos.

**APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ALUMNO/A:**

**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:

FC:

**Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.**

	SI	NO	Si respondió SÍ, especifique
<b>DIFICULTADES RESPIRATORIAS</b>			
*Asma, crisis asmáticas			
*Otras:			
<b>DIFICULTADES NEUROLÓGICAS</b>			
*Convulsiones, epilepsia			
*Otras:			
<b>DIFICULTADES CARDIOVASCULARES</b>			
*Soplos, arritmias, cardiopatía congénita			
*Otras:			



	SI	NO	Si respondió Sí, especifique
<b>DIFICULTADES VISUALES, MOTORAS Y/O AUDITIVAS</b>			
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>			
*Bulimia, anorexia			
*Otros:			
<b>TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>			
*Insomnio, sonambulismo, terrores nocturnos			
*Otros:			
<b>TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO</b>			
*Celiaquía, alteraciones digestivas			
*Otros:			
<b>ALERGIAS</b>			
*Respiratorias, dermatológicas, etc.			
*Otros:			
<b>DIFICULTADES OSTEOARTICULARES</b>			
*Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
*Traumatismos			
*Otros:			
<b>ENFERMEDADES METABÓLICAS</b>			
*Diabetes, Gota, Obesidad, Bajo peso			
*Otras:			
<b>TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ÁREA DE SALUD MENTAL</b>			
<b>CIRUGÍAS PREVIAS</b>			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud			
<b>CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA:    <u>APTO / NO APTO</u>    (tachar lo que no corresponda)    PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL PRESENTE CICLO LECTIVO.</b>			
Fecha:    /    /	<b>FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO</b>		