



FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A 2017

Nombre y Apellido del alumno/a:.....
Año:.....
DNI:..... Fecha de nacimiento/...../.....
Domicilio (indicar piso y dpto.):
Nombre y Apellido del Padre:.....
Nombre y Apellido de la Madre:.....
Teléfono particular:.....
Teléfono celular Padre:.....
Teléfono celular Madre:.....
Teléfonos emergencias:.....
Obra Social/Prepaga:..... N° Afiliado:.....
(Adjuntar fotocopia del carnet)
Grupo sanguíneo.....

Especificaciones: Si/No

Padece enfermedades:

Metabólicas.....
Diabetes.....
Cardiopatías congénitas.....
Soplos cardíacos (si contesta sí, especifique de qué tipo).....
Hernias inguinales crurales.....
Alergias (si contesta sí, especifique a qué).....
Bronquitis obstructivas o asma post – ejercicio).....
Otras.....

Ha padecido en forma reciente:

Hepatitis (60 días).....
Parotiditis (30 días).....
Mononucleosis infecciosa (30 días).....
Alteraciones en las articulaciones o en la columna vertebral (60 días): si contesta sí, especifique.....
Alguna intervención quirúrgica (60 días): si contesta sí. Especifique de qué tipo.....
Alguna situación particular determinada por el médico: si contesta sí, especifique.....
Está en tratamiento con medicación permanente?: si contesta sí, especifique y adjunte certificados e indicaciones.....
Tiene las vacunas actualizadas?.....

Fecha límite de entrega del certificado de aptitud física y cardiológica: primer semana de clases.

LA FICHA DE SALUD REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, SIENDO OBLIGACIÓN DE LOS SRES PADRES, NOTIFICAR AL COLEGIO CUALQUIER MODIFICACIÓN EN LA MISMA.

Firma y aclaración del padre/madre/tutor _____
DNI_____

Por la presente manifiesto que el alumno/a examinado/a resulta clínicamente
“**APTO/A**” - “**NO APTO/A**” para concurrir al **Nivel Secundario** y realizar Educación Física -
clases, torneos, salidas educativas, etc.-

Lugar y fecha:

Firma del Médico:..... Sello:.....

Aclaración:..... Matrícula:.....