



FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A 2024

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:

.Nº Afiliado:

(Adjuntar fotocopia del carnet)

Grupo sanguíneo

Especificaciones: Si/No

Padece enfermedades:

Metabólicas

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: