

**FICHA DE SALUD 2021**

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: .....

EDAD: ..... DNI DEL ESTUDIANTE: ..... CURSO: .....

DOMICILIO: ..... LOCALIDAD: .....

TELÉFONO: ..... TELÉFONO ALTERNATIVO: .....

OBRA SOCIAL – PREPAGA: .....

Nº AFILIADO: ..... (Adjuntar fotocopia del Carnet)

TELÉF. DE LA CITADA COBERTURA MÉDICA: .....

**IMPORTANTE**

El Certificado Médico es de Carácter Obligatorio para la cursada de la materia Educación Física. (El mismo se adjunta a esta Ficha de Salud para ser completado por el Profesional correspondiente)

**LA PRESENTE NOTA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA OMISIÓN DE DATOS O FALSEDAD DE LOS MISMOS SERÁ RESPONSABILIDAD DEL FIRMANTE.**

.....  
Firma del Padre/ Madre o Tutor

.....  
Aclaración

.....  
DNI

Marcar con una cruz la opción correspondiente:

|                                                                                 | Sí | No |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <b>A. ¿SE ENCUENTRA PADECIENDO PROCESOS INFLAMATORIOS O INFECCIOSOS?</b>        |    |    |
| <b>B. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA PERIÓDICAMENTE CONTROL MÉDICO?</b>  |    |    |
| METABÓLICAS: diabetes                                                           |    |    |
| CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS                                                         |    |    |
| CARDIOPATÍAS INFECCIOSAS                                                        |    |    |
| HERNIAS INGUINALES, CRURALES                                                    |    |    |
| ALERGIAS                                                                        |    |    |
| <b>C. HA PADECIDO EN FECHAS RECIENTES :</b>                                     |    |    |
| HEPATITIS (60 días)                                                             |    |    |
| SARAMPIÓN (30 días)                                                             |    |    |
| PAROTIDITIS (30 días)                                                           |    |    |
| MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 días)                                              |    |    |
| ESGUINCES O LUXACIONES DE TOBILLO, HOMBRO, MUÑECA (60 días)                     |    |    |
| <b>D. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?</b>                                         |    |    |
| En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:                               |    |    |
| La alergia se debe a:                                                           |    |    |
| Recibe tratamiento prolongado?                                                  |    |    |
| <b>E. TRATAMIENTOS</b>                                                          |    |    |
| ¿Recibe tratamiento médico?                                                     |    |    |
| Especifique:                                                                    |    |    |
| ¿Toma medicamentos en forma permanente?                                         |    |    |
| ¿Cuáles?                                                                        |    |    |
| ¿Tiene alguna operación quirúrgica?                                             |    |    |
| ¿Cuál? <span style="float: right;">Edad: (al momento de la intervención)</span> |    |    |
| ¿Presenta alguna limitación física?                                             |    |    |
| ¿Cuál?                                                                          |    |    |
| <b>H. OTROS PROBLEMAS DE SALUD:</b>                                             |    |    |

|                                                                                                                                                                              |                     |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Fecha: ..... / ..... / .....                                                                                                                                                 |                     |                       |
| <b><u>CERTIFICADO MÉDICO</u></b>                                                                                                                                             |                     |                       |
| El/la alumno/a ..... presenta un Examen Físico ..... por lo que SI/NO puede realizar actividad física recreativa no competitiva, acorde a su edad, sexo y contextura física. |                     |                       |
| Nombre y Apellido del Profesional:.....                                                                                                                                      |                     |                       |
| Matrícula Nacional..... Tel.: .....                                                                                                                                          |                     |                       |
| Domicilio Profesional:.....                                                                                                                                                  |                     |                       |
| .....<br>Firma                                                                                                                                                               | .....<br>Aclaración | .....<br>Sello Médico |