

**FICHA DE SALUD 2023**

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 ALERGIAS?</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:.....		
..... Firma	..... Aclaración	..... Sello Médico