

FICHA DE SALUD 2024

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:

B. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA PERIÓDICAMENTE CONTROL MÉDICO?		
METABÓLICAS: diabetes		
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS		
CARDIOPATÍAS INFECCIOSAS		
HERNIAS INGUINALES, CRURALES		
ALERGIAS		
C. HA PADECIDO EN FECHAS RECIENTES :		
HEPATITIS (60 días)		
SARAMPIÓN (30 días)		
PAROTIDITIS (30 días)		
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 días)		
ESGUINCES O LUXACIONES DE TOBILLO, HOMBRO, MUÑECA (60 días)		
D. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?		
En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:		
La alergia se debe a:		
Recibe tratamiento prolongado?		
E. TRATAMIENTOS		
¿Recibe tratamiento médico?		
Especifique:		
¿Toma medicamentos en forma permanente?		
¿Cuáles?		
¿Tiene alguna operación quirúrgica?		
¿Cuál? Edad: (al momento de la intervención)		
¿Presenta alguna limitación física?		
¿Cuál?		
F. OTROS PROBLEMAS DE SALUD:		

Fecha: / /		
<u>CERTIFICADO MÉDICO</u>		
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