

## Ficha Médica del Alumno

### Ciclo Lectivo .....

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_  
 Tipo y Nº de documento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_  
 En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ Nº Tel.: \_\_\_\_\_  
 Obra social: \_\_\_\_\_ Nº Afiliado: \_\_\_\_\_  
 (Adjuntar fotocopia del carnet de la obra social)  
 Lugar de traslado: \_\_\_\_\_  
 Es Alérgico a: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor Rh (\_\_\_\_)

#### **Antecedentes de interés:**

##### **Enfermedades que padeció o padece: (Marcar con un círculo)**

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	Hepatitis
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	Paroditis
Rubeola	Diabetes	Reumatismo	Mononucleosis infecciosa

Otras: \_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Operaciones: \_\_\_\_\_  
 Traumatismos de cráneo / columna: \_\_\_\_\_  
 Fracturas: \_\_\_\_\_  
 Apendicectomía: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene problemas de coagulación? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación? ¿Cuál/es?:  
 Ojo, nariz, garganta: \_\_\_\_\_ Pulmones, corazón: \_\_\_\_\_  
 Cabeza, cuello: \_\_\_\_\_ Abdomen, estómago, intestinos: \_\_\_\_\_  
 Sistema urinario: \_\_\_\_\_ Músculos, huesos: \_\_\_\_\_  
 Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: \_\_\_\_\_ Piel: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 ¿Toma algún medicamento de forma regular? \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### **Completar todos los ítems con SI – NO:**

##### **A) Se encuentra padeciendo:**

Procesos Inflamatorios o infecciosos	
--------------------------------------	--

##### **B) Padece alguna de las siguientes enfermedades:**

Metabólicas: diabetes	
Cardiopatías congénitas	
Cardiopatías infecciosas	
Hernias inguinales, otras	

### **APTO FÍSICO**

Certifico haber examinado a \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
 Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.  
 Para ser presentado ante las autoridades del instituto Medalla Milagrosa, A-454  
 Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional

\_\_\_\_\_  
Sello aclaratorio y Nº de matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

**SIN APTO FÍSICO no podrá realizar actividad física en la escuela y no será calificado.**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Aclaración y Nº de Documento