

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