



INSTITUTO PRIVADO LEÓN XIII A -119

Institución Salesiana - Obra de Don Bosco

www.leonxiii.com.ar / secundario@institutoleonxiii.edu.ar
Tel/Fax: 4771-9873/4 - 4778-3995/7373 - 4779-0899 - 4772-4343
Dorrego 2124 (C1414CLQ) Ciudad Autónoma de Buenos Aires



FICHA MÉDICA ANUAL

IMPORTANTE: Completar **TODOS** los datos con la letra **CLARA** de **IMPRESIÓN**. La presente sólo tendrá validez con la firma y sello del médico.
PRESENTAR ANTES DEL 31 DE MARZO.

Datos Personales

Apellido/s y Nombre/s del Alumno/a
Fecha de Nacimiento DNI
Año/División/Modalidad

Autorización del adulto responsable:

El que suscribe, PADRE/MADRE/TUTOR/A del alumno/a, cuya firma figura a continuación, autoriza a su hijo/a a realizar actividad física, de acuerdo a su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes, y se compromete a cumplimentar verazmente los antecedentes de salud requeridos, avalar su aptitud física por medio de certificación médica y comunicar fehacientemente cualquier cambio que se produzca en adelante.

Lugar y fecha Firma de la Padre/Madre/Tutor/a
Aclaración
DNI

Cobertura Médica

OBRA SOCIAL/PREPAGA
Nº de SOCIO/CARNET

Antecedentes de Salud

GRUPO SANGUÍNEO RH ALTURA PESO
VACUNA ANTITETÁNICA (fecha aproximada última aplicación)

Marque con una X en el casillero que corresponda	SI	NO
¿Tiene el carnet de vacunación al día? www.msal.gov.ar/calendario_vacunacion.pdf		
¿Fue operado en los últimos 4 meses? (en caso positivo, detallar al dorso)		
¿Toma regularmente alguna medicación? (en caso positivo, detallar al dorso)		
¿Es diabético?		
¿Es asmático?		
¿Es alérgico? (en caso positivo, detallar al dorso con letra clara de imprenta)		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Ha padecido recientemente (60 días) Hepatitis?		
¿Ha padecido recientemente (30 días) Sarampión?		
¿Ha padecido recientemente (30 días) Parotiditis?		
¿Ha padecido recientemente (30 días) Mononucleosis infecciosa?		
¿Tiene desviación de la columna?		
¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicio físico?		
¿Le han detectado alguna vez presión alta?		
¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco?		
¿Tiene antecedentes de Cardiopatías? (en caso positivo, detallar al dorso)		

Otra situación particular determinada por el médico
.....
.....

Certificación Médica

CABA, de de
Certifico que, DNI, tiene el APTO FÍSICO para realizar actividades deportivas de resistencia aeróbica y gimnasia corporal acordes con su edad, sexo y nivel de entrenamiento, **durante el ciclo lectivo en curso**. Se extiende el presente certificado al sólo efecto de ser presentado ante las autoridades del Colegio León XIII.

.....
Firma y sello del Médico