



FICHA MÉDICA

CICLO LECTIVO 2018

1

Datos Personales:

Apellido y Nombre del alumno/a:

Fecha de Nacimiento:/...../..... DNI:

GRADO:

DIVISIÓN:

2

Autorización del adulto responsable:

El que suscribe, PADRE/MADRE/TUTOR del/a alumno/a, cuya firma figura a continuación, autoriza para que su hijo/a realice 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
Aclaración:
DNI:

3

Cobertura Médica:

- OBRA SOCIAL / PREPAGA:.....
- N° de SOCIO / CARNET:

4

Antecedentes de Salud:

Grupo Sanguíneo: **Rh:**..... **ESTATURA:**..... **PESO:**.....

VACUNA ANTITETÁNICA (fecha aproximada última aplicación):

Marque con una X en el casillero que corresponda:	SÍ	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)		

5

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

.....
.....
.....

6

Certificación Médica:

CABAde.....de 20.....

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 presente ciclo lectivo**. Se extiende el presente certificado al sólo efecto de ser presentado ante las autoridades del Colegio León XIII.

.....
Firma y sello del médico