



**FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO**

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los alumnos.

**APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ALUMNO/A:**

**ESCUELA:**

Curso:	División:	Turno:	Ciclo Lectivo:
DNI:	Edad:	Teléfono casa/celular de los padres:	
Obra Social:	Nº Afiliado:		

Otros teléfonos de contacto en caso de urgencia:

**IMPORTANTE:** El/la abajo firmante se compromete a comunicar formalmente a la Institución cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha y a realizar los trámites correspondientes en el caso de eximición de Educación Física.

FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL	ACLARACIÓN	DOCUMENTO

**PARA COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO**

Peso:	Altura:	Grupo Sanguíneo:	Presión Arterial:	FC:
¿Medicación Permanente? SI / NO		Si respondió SI, especifique:		
¿Existe alguna actividad física en la cual el/la estudiante no debería participar? SI / NO Cuál?				
¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación? SI / NO				
En caso de responder NO, indique las que faltan:				
Otras vacunas:				

**Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.**

	SI	NO	Si respondió SÍ, especifique
<b>DIFICULTADES RESPIRATORIAS</b>			
*Asma, crisis asmáticas			
*Otras:			
<b>DIFICULTADES NEUROLÓGICAS</b>			
*Convulsiones, epilepsia			
*Otras:			
<b>DIFICULTADES CARDIOVASCULARES</b>			
*Soplos, arritmias, cardiopatía congénita			
*Otras:			



	SI	NO	Si respondió Sí, especifique
<b>DIFICULTADES VISUALES, MOTORAS Y/O AUDITIVAS</b>			
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>			
*Bulimia, anorexia			
*Otros:			
<b>TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>			
*Insomnio, sonambulismo, terrores nocturnos			
*Otros:			
<b>TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO</b>			
*Celiaquía, alteraciones digestivas			
*Otros:			
<b>ALERGIAS</b>			
*Respiratorias, dermatológicas, etc.			
*Otros:			
<b>DIFICULTADES OSTEOARTICULARES</b>			
*Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
*Traumatismos			
*Otros:			
<b>ENFERMEDADES METABÓLICAS</b>			
*Diabetes, Gota, Obesidad, Bajo peso			
*Otras:			
<b>TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ÁREA DE SALUD MENTAL</b>			
<b>CIRUGÍAS PREVIAS</b>			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud			
<b>CERTIFICO QUE EL/AL ESTUDIANTE SE ENCUENTRA: <u>APTO</u> / <u>NO APTO</u> (tachar lo que no corresponda) PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL PRESENTE CICLO LECTIVO.</b>			
Fecha:     /     /	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		