



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:

¿Medicación Permanente? SI / NO	Si respondió SI, especifique:
---------------------------------	-------------------------------

¿Existe alguna actividad física en la cual su médico haya indicado que su hijo/a no debería participar?	SI	NO
---	----	----

Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.

¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación? SI / NO

En caso de responder NO, indique las que faltan:

Otras vacunas:

IMPORTANTE: El/la abajo firmante se compromete a comunicar formalmente a la Autoridad Escolar y al Profesor de Educación Física cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha y, en caso de ser necesario, pedir una entrevista con el docente.

FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL	ACLARACIÓN	DOCUMENTO

PARA COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO

Peso:	Altura:	Grupo Sanguíneo:	Presión Arterial:	FC:
-------	---------	------------------	-------------------	-----

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

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



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

DIGES
DIRECCIÓN GENERAL DE
EDUCACIÓN SECUNDARIA

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