



Fecha

Colegio Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús  
Nivel Inicial



## FICHA MÉDICA

Nombre del Alumno/a  Sala  Turno

OBRA SOCIAL / PREPAGA  N° de AFILIADO

TELÉFONOS de URGENCIAS

Esta ficha debe estar COMPLETA para iniciar la Actividad Física en el Colegio

Grupo Sanguíneo  Factor RH

¿Tiene el calendario de VACUNACIÓN al día?  ¿Cuál/es adeuda?

¿Ha recibido la VACUNA ANTITETÁNICA?  Fecha de Aplicación

¿Padece alguna ENFERMEDAD CRÓNICA?  ¿Cuál?

¿Ha padecido alguna ENFERMEDAD o HECHO que debamos tener en cuenta?

¿Está recibiendo algún tipo de MEDICACIÓN?  Nombre del Medicamento

¿Manifiesta ALERGIA a algún MEDICAMENTO?  ¿Cuál?

### **Ha tenido:**

- |  |                                     |                                       |   |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Disritmias | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma                   |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión Arterial  | <input type="checkbox"/> Hepatitis  | <input type="checkbox"/> Cardiopatías | <input type="checkbox"/> Esguinses / Luxaciones |

Intervenciones Quirúrgicas ¿Cuáles?

Otras Enfermedades ¿Cuáles?

¿Está APTO para realizar EDUCACIÓN FÍSICA?

En caso de tener alguna afección que le impida hacer EDUCACIÓN FÍSICA, deberá presentar en Dirección, esta ficha y un CERTIFICADO MÉDICO donde conste que NO esta capacitado para efectuar actividad física.

De producirse CAMBIOS en lo manifestado en esta Ficha Médica, durante dicho ciclo lectivo, rogamos dar aviso fehaciente a la Dirección. El/la que suscribe certifica que los datos que anteceden son AUTÉNTICOS y que NO se ha omitido ninguna información médica que deba ser tenida en cuenta.

Firma y Sello con MATRICULA del Médico

Por favor COMPLETAR antes de imprimir.