

FICHA MÉDICA.

Bs. As. de de 201.....

APELLIDO Y NOMBRES GRADO.....

FECHA DE NACIMIENTO EDAD..... DNI.....

OBRA SOCIAL / PREPAGA.....	Nº AFILIADO.....
TELÉFONO	

Esta ficha deberá estar “completa” para iniciar la actividad física

ANTECEDENTES PERSONALES:

GRUPO SANGUINEO FACTOR RH.....

Tiene el calendario de vacunación al día? SI - NO. Cuál 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?

Ha tenido:

Hipertensión arterial..... Intervenciones quirúrgicas.....

Hipotensión arterial..... Cardiopatías.....

Disritmias..... Asma.....

Hepatitis..... Esguinces-luxaciones.....

Convulsiones..... Otras enfermedades.....

Desmayos : Alergias :

Está apto para realizar Educación Física: Si - No.
Está apto para realizar Natación: Si - No.

En caso de tener alguna **afección que le impida hacer natación o educación física**, deberá presentar, en Rectoría, esta ficha y certificado médico donde conste que no está capacitado para efectuar actividad física.

NOTA: De producirse cambios en lo manifestado, durante el año, rogamos dar aviso fehaciente a Rectoría.

El/la que suscribe certifica que los datos que anteceden son auténticos y que no se ha omitido ninguna información médica que deba ser tomada en cuenta.

.....
Firma y aclaración del padre, madre o tutor

.....
Firma y sello con matrícula del médico