



## FICHA MÉDICA

Nombre del Alumno/a

Grado

OBRA SOCIAL / PREPAGA

Nº 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:

Hipertensión Arterial

Disritmias

Convulsiones

Asma

Hipotensión Arterial

Hepatitis

Cardiopatías

Esguinses / Luxaciones

Intervenciones Quirúrgicas

¿Cuáles?

Otras Enfermedades

¿Cuáles?

¿Está APTO para realizar EDUCACIÓN FÍSICA?

¿Está APTO para realizar NATACIÓN?

En caso de tener alguna afección que le impida hacer EDUCACIÓN FÍSICA o NATACIÓN, 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

Firma y Aclaración de los Padres

**Sólo para alumnos de Primer Grado:** Adjuntar certificados de apto extendido por oftalmólogo y otorrinolaringólogo con fecha del año a cursar.