



Colegio Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús A-14  
Av. Luis María Campos 898  
Teléfono (011) 4773-1161/ 4771-0890

NIVEL SECUNDARIO

### FICHA MÉDICA 2025

Buenos Aires, ..... de ..... de 20.....

APELLIDO Y NOMBRES ..... AÑO y DIVISIÓN .....

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

OBRA SOCIAL / PREPAGA ..... N° AFILIADO.....

GRUPO SANGUÍNEO ..... FACTOR RH .....

CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre, parentesco, número .....

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

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho Cansancio excesivo		
Palpitaciones		

Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		

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.

Doy mi expreso consentimiento para que \_\_\_\_\_ pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

**Tachar lo que NO corresponda:** Está apto para realizar Educación Física: **Sí – No**

Está apto para realizar Natación: **Sí – No**

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 sello con matrícula del médico

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del padre, madre o tutor