

**FICHA MÉDICA AÑO 2018**

**Nº de Orden:**

**NIVEL SECUNDARIO**

**DATOS ALUMNO/A**

**Año:** .... **División:** ....

**Apellido/s y Nombre/s:** .....

**Edad:** .... años **D.N.I.:** .....

**Dirección:** ..... **Localidad:** .....

**Código Postal:** ..... **Teléfono:** .....

**Grupo Sanguíneo:** Factor ..... RH ..... **Peso:** ..... **Altura:** .....

**Obra Social / Prepaga:** ..... **Teléfono:** .....

**Número de asociado:** .....

**VACUNAS**

**B.C.G.:** SI / NO **Año:** .....

**Hepatitis B:** SI / NO **Año:** .....

**Triple Bact.:** SI / NO **Año:** .....

**Sabín:** SI / NO **Año:** .....

**Triple Viral:** SI / NO **Año:** .....

**Hepatitis A:** SI / NO **Año:** .....

**Antitetánica(Ref):** SI / NO **Año:** .....

**Intervenciones quirúrgicas:** SI / NO

**¿Cuáles?** .....

**Accidentes neurológicos, desmayos, mareos, epilepsia, inestabilidad, trastornos del habla:** SI / NO

**¿Cuáles?** .....

**Enfermedades congénitas, hereditarias, inmunológicas y degenerativas:** SI / NO

**¿Cuáles?** .....

**ENFERMEDADES (Padeció o padece)**

**Asma:** SI / NO .....

**Bronquitis crónica:** SI / NO .....

**Cardiopatías:** SI / NO .....

**Tos Convulsa:** SI / NO .....

**Diabetes:** SI / NO .....

**Epilepsia:** SI / NO .....

**Hepatitis:** SI / NO .....

**Hernias:** SI / NO .....

**Infección Renal:** SI / NO .....

**Apendicitis:** SI / NO .....

**Meningitis:** SI / NO .....

**Mononucleosis:** SI / NO .....

**Neumonía:** SI / NO .....

**Paperas:** SI / NO .....

**Rubeóla:** SI / NO .....

**Sarampión:** SI / NO .....

**Varicela:** SI / NO .....

**Otras:** .....

.....

**Afecciones alérgicas a medicamentos o sustancias específicas:** SI / NO

**¿Cuáles?** .....

**Alteraciones visuales:** SI / NO

**Usa anteojos:** SI / NO

**¿Causa?** .....

**Afecciones de la nariz, garganta y oído de relevancia:** SI / NO

**¿Cuáles?** .....

**Alteraciones de la sangre, anemias, etc:** SI / NO

**¿Cuáles?** Desvío de columna, pie plano, etc.

.....

**Lesiones deportivas:** SI / NO

**¿Cuáles y cuándo?** (Fracturas, esguinces, luxaciones, desgarros, etc.) .....

.....

.....

**¿Alguna vez se desmayó durante una actividad física?:** SI / NO

**¿Cuándo?** .....

**¿Alguna vez perdió el conocimiento?:** SI / NO

**¿Cuándo?** .....

.....

.....

**¿Está actualmente bajo algún tratamiento médico?:**  
SI / NO

**¿Cuál?** .....

**¿Qué toma?** Dosis y horarios .....

.....

Por la presente certifico que el alumno/a..... DNI .....

Se encuentra APTO para realizar actividades desde Marzo de 2018 hasta Marzo de 2019.

Firma del médico ..... Sello con matrícula .....

Firma de padre/madre/tutor ..... Aclaración .....

DNI ..... Fecha .....

#### ANTE UNA EMERGENCIA

Teléfono ..... Pertenece a .....

Teléfono ..... Pertenece a .....

Teléfono ..... Pertenece a .....

**FECHA LÍMITE DE ENTREGA: 3 DE ABRIL DE 2018**

Se exigirá la presentación de esta ficha firmada por un médico como parte de la matriculación del alumno.