

**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: .....

Intervenciones quirúrgicas: SI / NO

¿Cuáles? .....

Hepatitis B: SI / NO Año: .....

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

Triple Bact.: SI / NO Año: .....

Sabín: SI / NO Año: .....

¿Cuáles? .....

Triple Viral: SI / NO Año: .....

Hepatitis A: SI / NO Año: .....

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

Antitetánica(Ref): SI / NO Año: .....

¿Cuáles? .....

**ENFERMEDADES (Padeció o padece)**

Asma: SI / NO .....

Afecciones alérgicas a medicamentos o sustancias específicas: SI / NO

¿Cuáles? .....

Bronquitis crónica: SI / NO .....

Cardiopatías: SI / NO .....

Tos Convulsa: SI / NO .....

Alteraciones visuales: SI / NO

Diabetes: SI / NO .....

Epilepsia: SI / NO .....

Usa anteojos: SI / NO

Hepatitis: SI / NO .....

¿Causa? .....

Hernias: SI / NO .....

Infección Renal: SI / NO .....

Afecciones de la nariz, garganta y oído de relevancia:

SI / NO

Apendicitis: SI / NO .....

Meningitis: SI / NO .....

¿Cuáles? .....

Mononucleosis: SI / NO .....

Neumonía: SI / NO .....

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

Paperas: SI / NO .....

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

Rubeóla: SI / NO .....

Sarampión: SI / NO .....

Varicela: SI / NO .....

Otras: .....

.....

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.