

FICHA MÉDICA AÑO 2019

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 perdió el conocimiento?: SI / NO
¿Cuándo?
.....
.....

¿Alguna vez se desmayó durante una actividad física?: 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 2019 hasta Marzo de 2020.

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: 1 DE ABRIL DE 2019

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