



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE:
 DNI: EDAD:
 DOMICILIO :
 TE: TE. ALTERNATIVO
 SALA / GRADO:

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO
* PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:		
* Metabólicas: Diabetes		
* Cardiopatías congénitas:		
* Cardiopatías infecciosas:		
* Electrocardiograma. Diagnóstico:		
* Hernias (especificar tipo):		
* Alergias (especificar que tipo y a qué)		
* Asma, u otros problemas respiratorios:		
* Episodios epilépticos o convulsivos:		
* Otras patologías de consideración para la actividad física:		
* HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:		
* Hepatitis (60 días):		
* Sarampión (30 días):		
* Parotiditis (30 días):		
* Mononucleosis infecciosa (30 días):		
* ¿TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE ?		
* Indique cuáles:		
* SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA		

EN CASO DE PADECER O HABER PADECIDO ALGUNAS DE LAS PATOLOGÍAS DEL LISTADO ES NECESARIO UN CERTIFICADO MÉDICO APARTE QUE CERTIFIQUE QUE EL ALUMNO ESTÁ APTO PARA REALIZAR ESPECÍFICAMENTE ACTIVIDAD FÍSICA, CON DICHS ANTECEDENTES, SIN QUE ELLO IMPLIQUE UN RIESGO PARA SU SALUD, COMOS ASI TAMBIEN SI SE PRODUJERA ALGUNA MODIFICACION EN LA PRESENTE FICHA MEDICA.

EN CASO DE QUE EL ALUMNO TENGA COMPROMISO DE VIDA, AUTORIZO A LAS AUTORIDADES DE LA ESCUELA A TRASLADARLO POR CUENTA PROPIA AL HOSPITAL DURAND.

* Obra social y / o prepaga: **Adjuntar fotocopia del carnet**
 Nombre: Socio N°
 Domicilio: TE:
 Médico de cabecera: .
 Apellido y Nombre:
 TE:

* En caso de emergencia avisar a:
 Apellido y Nombre:
 TE: Domicilio:

.....
 Firma del médico

.....
 Firma del padre/madre/tutor

.....
 Aclaración y Matrícula

.....
 Aclaración y Nro. Documento