



N°

CURSO:

FICHA MÉDICA 2022

DATOS ALUMNO/A:

Apellido y Nombres:

Fecha de Nacimiento:

DNI:.....

Domicilio:.....

Localidad:..... C.P:.....

Teléfono domicilio:.....

Obra Social:..... Numero de Afiliado:

Esquema vacunación Covid-19: 1 dosis: 2º dosis: 3º dosis:

En caso de traslado, indique **Centro de Salud** aconsejado:.....

En caso de suma urgencia y de no ubicar a los padres, autorizo a que mi hijo/a sea trasladado/a al centro médico al que derive el servicio de emergencia.

DATOS FAMILIARES:

Apellido y Nombre Madre/Padre/Tutor:

DNI:..... CUIL:.....

Tel. trabajo..... Tel. Celular:.....

Apellido y Nombre Padre/Madre/Tutor:.....

DNI:..... CUIL:.....

Tel. trabajo..... Tel. Celular:.....

Teléfono alternativo para comunicarnos en caso de no encontrar a los padres

Nombre y Apellido:.....

Parentesco:.....

Tel. Celular:.....

FORMULARIO A SER COMPLETADO POR EL MEDICO (Indicar SI – NO)

Grupo Sanguíneo: Factor: RH.....

- a) Se encuentra apta/apto para realizar actividad física:
- b) Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos:
- c) Padece alguna de las siguientes enfermedades:
 - Metabólicas:
 - Diabetes:
 - Cardiopatías congénitas /infecciosas:
 - Hernias inguinales – crurales:
 - Alergias:
- d) Ha padecido en fecha reciente:
 - Hepatitis (60 días):
 - Sarampión (30 días):
 - Parotiditis (30 días):
 - Mononucleosis infecciosa (30 días)
 - Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)
- e) Antecedentes quirúrgicos:
- f) ¿Alguna otra situación determinada o enfermedad que haya padecido? (asma, epilepsia, celiaquía, otras?: ¿Cuáles?.....
¿Toma medicamentos? ¿Cuáles?.....
- g) Es alérgico a:
 - Medicamentos:
 - Comida:
 - Otros:

Certifico que..... se encuentra en condiciones aptas para realizar actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

.....
Firma y sello Médico

* En las clases de Educación Física se desarrollan actividades con esfuerzo cardiovascular, acorde a la edad y al sexo, y en correspondencia con los lineamientos curriculares vigentes. Sin embargo en aquellos casos que alguna afección impida o limite la actividad física, **debe entregarse un certificado médico que aclare la limitación y el tiempo de recuperación.**

** Por razones de seguridad no se podrá participar de las clases de educación física con aros, colgantes, cadenas, piercing

*** La presente ficha médica tendrá validez hasta el **30/12/2022**

*** Adjuntar 1 fotocopia del carnet de la prepaga/obra social

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Fecha:

**Firma Padre/Madre/Tutor
Aclaración**

**Firma de la Madre/Padre/Tutor
Aclaración**