



FICHA DE SALUD – NIVEL SECUNDARIO

ENTREGAR A LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN FÍSICA

Curso: **Ciclo Lectivo:** 2024

APELLIDO y NOMBRE:			
Fecha de Nacimiento: / /	Nº de D.N.I. :	
Teléfonos :		Otros teléfonos de emergencia :	
Nº de Celulares:			
Obra Social :		Nº de Afiliado :	
Nº de teléfono de urgencia de la Obra Social:			
Grupo Sanguíneo:		Factor RH :	

ENFERMEDADES QUE PADECE o PADECIÓ: (marque con una x)

Sarampión		Otitis Crónica		Asma		Reumatismo	
Varicela		Escarlatina		Hernias		Diabetes	
Tos convulsiva		Celíaquía		Meningitis		OTRAS:	
Paperas		Epilepsia		Sinusitis			
Cardiopatías		Bronquitis		Problemas neurológicos			

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

Fracturas:

¿Padece o padeció convulsiones? SI / NO Causas:

En caso afirmativo, indicar medidas a tomar:

¿Tiene problemas de coagulación? SI / NO Causas:

En caso afirmativo, indicar medidas a tomar:

¿Padece o padeció reacciones alérgicas? SI / NO Causas:

Medicación que no puede recibir:

Realiza Tratamiento por alguna enfermedad crónica o eventual SI / NO

Detallar medicación y enviar indicaciones al docente a cargo:

OTROS COMENTARIOS SIGNIFICATIVOS:

AUTORIZO a mi hijo/a a realizar actividades en la clase de Educación Física.
Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de *declaración jurada* y se ajustan a la realidad. Asimismo, los mantendré actualizados en caso de variar alguno de ellos.
De no ser entregada esta ficha en el término que establezca la rectoría, se computará AUSENTE en EDUCACIÓN FÍSICA.

Firma Padre/
Madre/Tutor: _____

Aclaración
de Firma: _____

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

FIRMA DEL PROFESIONAL AQUÍ o ADJUNTAR EL CERTIFICADO MÉDICO QUE INDIQUE que ...

EL ALUMNO/A SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones médicas:

Firma de Autoridad Médica: