



**Sala / Grado / Curso:** ..... **Ciclo Lectivo:** .....

**FICHA SANITARIA**

Apellido:	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / .....	Nº de D.N.I. :
Obra Social :	Nº de Afiliado :
Grupo Sanguíneo:	Factor RH :
Teléfonos :	Otros teléfonos de emergencia :
Nº de Celulares:	

**VACUNAS:** (fecha de la última dosis)

B.C.G.	..... / ..... / .....
DOBLE / TRIPLE / CUÁDRUPL	..... / ..... / .....
SABÍN	..... / ..... / .....
ANTITETÀNICA	..... / ..... / .....

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

Sarampión	<input type="checkbox"/>	Otitis Crónica	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Tos convulsiva	<input type="checkbox"/>	Celiaquía	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	OTRAS:	
Paperas	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>		
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>		

**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:** .....

.....

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 dirección de cada nivel, se computará AUSENTE en EDUCACIÓN FÍSICA.**

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA:**

EL ALUMNO/A SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA: SI  NO

**Observaciones médicas:** .....

**Firma de Autoridad Médica:** .....

Firma Padre/  
Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Aclaración  
de Firma: \_\_\_\_\_