



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Departamento de Educación Física - Nivel Medio

**Apellido y nombres:** .....

**Edad:** ..... **Grupo Sanguíneo:** ..... **Factor RH:** .....

**Domicilio:** ..... **Tel:** .....

**Curso:** ..... **División:** ..... **Turno:** ..... **Grupo :** .....

**Teléfonos alternativos:** .....

<b>ANTECEDENTES</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
A) ¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciones? ¿Cuáles?: ..... .		
B) Padece alguna de las siguientes: • Metabólicas: diabetes ..... • Cardiopatías congénitas ..... • Cardiopatías infecciosas ..... • Hernias inguinales, crurales ..... • Alergias: .....		
C) 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) . . . .		
D) alguna otra situación particular determinada por el médico: ¿Cuál? _____		
E) ¿Toma medicamentos en forma permanente? Indique cuales: _____		
<b>¿ESTA APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA? <u>Indicar Si o No</u></b>		
• ¿Tiene las vacunas actualizadas? ..... • ¿Libreta sanitaria actualizada? ..... (En caso de actualización, adjuntar fotocopias)		
¿Posee cobertura médica? ¿Cuál ? _____ N° de carnet de socio: _____		



Datos de domicilio y teléfono de la cobertura:	
_____	
_____	
-	
_____	
_____	
Firma y sello del médico	Firma del padre o tutor

Buenos Aires, ..... de ..... de 20.....