

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Apellido y nombres:
Edad: **Grupo Sanguíneo:** **Factor RH:**
Domicilio: **Tel:**
Curso: **División:** **Turno:** **Grupo :**
Teléfonos alternativos:

| ANTECEDENTES | | |
|--|-----------|-------------------------|
| | SI | NO |
| A) ¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciones? ¿Cuáles?: | | |
| B) Padece alguna de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Metabólicas: diabetes • Cardiopatías congénitas • Cardiopatías infecciosas. • Hernias inguinales, crurales • Alergias: • Bronquitis: • Soplos Cardíacos:..... | | |
| C) Ha padecido en fecha reciente: <ul style="list-style-type: none"> • 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 intervención quirúrgica: ¿Cuál? _____ fecha: _____ | | |
| E) Alguna otra situación particular determinada por el médico: ¿Cuál? _____ | | |
| F) ¿Toma medicamentos en forma permanente? Indique cuales: _____ | | |
| ¿ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA? Indicar Si o No | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿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: _____ | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 45%; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> | | |
| Firma y sello del médico | | Firma del padre o tutor |

| CERTIFICADO DE SALUD |
|---|
| Por la presente manifiesto que el alumno examinado/a resulta clínicamente <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin: 10px 0;"> “APTO/A” “NO APTO/A” </div> para la práctica de Educación Física y Deportes a nivel recreativo y competitivo. (tachar lo que no corresponda, en caso contrario carecerá de validez) |
| FIRMAR DEL MÉDICO SELLO |
| LUGAR Y FECHA |

DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MÉDICO AUTORIZO A MI HIJO/A A
 PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACIÓN FÍSICA, DÁNDOME
 POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN
 ESTA FICHA MÉDICA.