

### 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"> <li>• Metabólicas: diabetes .....</li> <li>• Cardiopatías congénitas .....</li> <li>• Cardiopatías infecciosas. ....</li> <li>• Hernias inguinales, crurales .....</li> <li>• Alergias: .....</li> <li>• Bronquitis: .....</li> <li>• Soplos Cardíacos:.....</li> </ul>		
C) Ha padecido en fecha reciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis (60 días) .....</li> <li>• Sarampión (30 días). ....</li> <li>• Parotiditis (30 días) .....</li> <li>• Mononucleosis infecciosa (30 días). ....</li> <li>• Esguinces o luxaciones de: tobillo, hombro o muñeca (60 días). ....</li> </ul>		
D) Alguna intervención quirúrgica: ¿Cuál? _____ fecha:_____		
E) Alguna otra situación particular determinada por el médico: ¿Cuál? _____		
F) ¿Toma medicamentos en forma permanente? Indique cuales: _____		
<b>¿ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA? Indicar Si o No</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene las vacunas actualizadas? .....</li> <li>• ¿Libreta sanitaria actualizada? .....</li> </ul> (En caso de actualización, adjuntar fotocopias)		
¿Posee cobertura médica? ¿Cuál? _____		
Nº de carnet de socio: _____		
Datos de domicilio y teléfono de la cobertura: _____		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%; text-align: center;">           _____            Firma y sello del médico         </div> <div style="width: 45%; text-align: center;">           _____            Firma del padre o tutor         </div> </div>		

CERTIFICADO DE SALUD
Por la presente manifiesto que el alumno examinado/a resulta clínicamente <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin: 5px 0;"> <span>“APTO/A”</span> <span>“NO APTO/A”</span> </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.