

FICHA MÉDICA

Nombre y Apellido: _____ Grado/Curso: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Antecedentes familiares de relevancia: _____

Antecedentes personales de relevancias anteriores y/o actuales: _____

Inmunizaciones (Indicar fechas de las mismas):

BCG: _____

DPT: _____

POLIOMELITIS: _____

H.I.B: _____

HEPATITIS A: _____

HEPATITIS B: _____

TRIPLE VIRAL: _____

VARICELA: _____

D.T: _____

OTRAS: _____

Medicación que ingiere (si la hubiera): _____

Examen Físico:

Peso: _____ Talla: _____ Pulso: _____ Frec. Resp.: _____ Presión Art: _____

Cabeza: _____ Oídos: _____ Ojos: _____ Nariz: _____

Boca (incluyendo dientes): _____

Faringes y amígdalas: _____

Cuello: _____

Abdomen: _____

Piel: _____

Aparato respiratorio: _____

Aparato Cardiovascular: _____

Aparato Genitourinario: _____

Aparato Osteomuscular: _____

Aparato Nervioso: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Consignar enfermedad o enfermedades que limiten o impidan realizar actividad física:

Indicar, según su criterio, si el alumno/a se encuentra APTO para realizar actividades de Educación Física

SI _____

NO _____

Consignar indicaciones o sugerencias, si existieran, que considere importantes: _____

LOS DATOS SUMINISTRADOS Y LAS CONSECUENCIAS POR LA OMISIÓN DE LOS MISMOS, SON DE ENTERA RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL QUE SUSCRIBE Y DE LOS PADRES

Nombre del Médico: _____ Reg. Prof.: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del padre/la madre: _____ Aclaración: _____