

Departamento de Educación Física – Ficha Médica Año 2021

Apellido y Nombre:..... **Grado:**.....

A COMPLETAR POR LOS PADRES

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO ¿Cuál?.....
 Durante los últimos años ¿Fue internado alguna vez?
SI NO ¿Por qué?

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? SI NO

La alergia se debe a:
 En caso afirmativo, describa sus manifestaciones
 ¿Recibe tratamiento permanente? **SI NO**

TRATAMIENTOS:

Recibe algún tratamiento médico? **SI NO** Especifique:
 Quirúrgicos: **SI NO** Edad: Tipo de cirugía:
 ¿Presenta alguna limitación física? **SI NO** Aclaración?.....
 Otros problemas de salud:

VACUNAS:

Sabin	SI - NO	Doble refuerzo	SI - NO	Antisarampionosa	SI - NO
BCG	SI - NO	Hepatitis	SI - NO		
Triple	SI - NO	Meningitis	SI - NO		

ENFERMEDADES

Sarampión	SI - NO	Diabetes	SI - NO		
Hepatitis	SI - NO	Epilepsia	SI - NO		
Varicela	SI - NO	Meningitis	SI - NO		
Rubeola	SI - NO	Escarlatina	SI - NO		
Tos convulsa	SI - NO	Traumatismo de cráneo	SI - NO		
Papera	SI - NO	Fracturas	SI - NO	Tipo:	

Otras: Tipo y medicación:.....
 Medicación habitual:

Autorizo a mi hijo/a..... a realizar actividades de Educación Física
 acordes a su sexo y edad, declarando bajo juramento que los datos consignados en esta ficha son verdaderos, y
 comprometiéndome a actualizarlos durante el año, en caso de ser necesario con certificados médicos.

Firma del padre, madre o tutor. DNI: Aclaración:

A COMPLETAR POR EL MEDICO

Sistema Respiratorio

1 - Alérgico SI - NO 2- Asma Bronquial SI - NO 3 - Sinusitis SI - NO

Sistema Cardiovascular

1 - Palpitación SI - NO 2 – Disritmia SI - NO 3 - Soplo Funcional SI – NO

Grupo Sanguíneo Otros:

Alteraciones Visuales

SI – NO ¿Cuál? ¿Usa anteojos? SI - NO

Alteraciones Auditivas SI - NO utiliza audífonos: SI - NO

Odontología: Utiliza aparatos bucales (Ortodoncia)? SI - NO

Sistema Osteoarticular

Postura (Lordosis, Escoliosis, Cifosis) SI - NO
 Pie (Plano, Valgo, Talo, etc) SI - NO Hernias SI - NO

Por la presente certifico que el alumno/a se encuentra APTO para realizar Educación Física durante el presente año.

SI - NO

Lugar y fecha Firma y Sello del Médico

ATENCION!!! LOS ALUMNOS DE 1º AÑO Y 4º AÑO DEBERAN PRESENTAR JUNTO A ESTA FICHA EXAMEN OFTALMOLOGICO Y AUDIOMETRIA OBLIGATORIO!!!