

## Departamento de Educación Física – Ficha Médica Año 2019

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

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