**FICHA MÉDICA 2018**

Colegio Pablo Apóstol – Av. Aconquija 2577 –

Sala/grado/año: …………………………….. División:…………………………………

**DATOS DEL ALUMNO**

Apellido y nombre: ……………………………………………………………………………………………… DNI: ………………………………………

Domicilio: ……………………………………………………………………………..…………………… Fecha de nacimiento: ……………….…...

Localidad: ……………………………..…………… Teléfono: …………………………………………………………………………………….…………..

Celular padre/madre y o tutor: ……………………………………………………………………………………………………

**HISTORIA CLÍNICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfermedades padecidas** | **Si** | **No** | **Enfermedades a la que está propenso** | **Si** | **No** |
| Paperas |  |  | Bronco espasmo |  |  |
| Poliomielitis |  |  | Bronquitis |  |  |
| Tos convulsa |  |  | Afecciones de oído |  |  |
| Varicela |  |  | Afecciones de la nariz |  |  |
| Escarlatina |  |  | Resfrío |  |  |
| Rubeola |  |  | Enuresis |  |  |
| Epilepsia |  |  | Sonambulismo |  |  |
| Sinusitis |  |  | Convulsiones |  |  |
| Hepatitis |  |  | Desmayos |  |  |
| Falso Crup |  |  | Constipación |  |  |
| Asma |  |  | Diarrea |  |  |
| Diabetes |  |  | Vómitos |  |  |
| Otra |  |  | Otra |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALERGIAS** | **SI** | **NO** |
| ¿Es alérgico a las comidas? Especificar: |  |  |
| ¿Es alérgico a medicamentos? Especificar: |  |  |
| ¿es alérgico a picaduras? Especificar: |  |  |
| **FOBIAS** |  |  |
| ¿Tiene fobias o temores? |  |  |
| ¿cuál? |  |  |
| **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Toma alguna medicación?** | **Si ¿Cuál?** | **No** |
| **¿Sigue algún tratamiento?** | **Si ¿Cuál?** | **No** |
| **Otros tratamientos/medicamentos** |  |  |

**Obra social**

¿Tiene Obra social? ………………………………….. ¿Cuál? …………………………………………………………………………………..

Certifico que el alumno/a …………………………………………………………………………………………………………………………

**Goza de buena salud para realizar educación física y no padece enfermedad alguna. En caso de padecer alguna enfermedad o requerir tratamiento especial adjunte certificado médico.**

Peso: ………………………………. Talla: ………………………………….. Ritmo cardíaco: ……………………………………………

Firma padre/madre/tutor: …………………………………………………………………………………………………….

Aclaración: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Firma sello del médico:

Fecha:

**NOTA: LA FICHA MÉDICA SOLO SE RECIBIRÁ SI LOS DATOS ESTÁN COMPLETOS, CON TODAS SUS FIRMAS CORRESPONDIENTES.**