

FICHA MÉDICA 2019

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.