FICHA DE SALUD

Esta ficha deberá ser entregada por duplicado en la primer clase de Educación Física, al profesor/a, con la parte de arriba (datos del alumno/a y antecedentes) completa por padre, madre o tutor. Hasta no presentar la misma el alumno/a no podrá realizar actividad física. La parte de abajo (examen clínico) la deberá completar con firma y sello un médico y ser entregada hasta el día ...../...../.....

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellido y nombre: ..... Curso:..... Domicilio:..... Localidad:.....
Teléfonos:..... DNI:..... Fecha de nacimiento:.....
ANTECEDENTES (remarcar lo que corresponda con círculo y completar)
¿Tiene algún tipo de alergia? Si – No ¿a que? ..... ¿Cómo se manifiesta?.....
¿Intervenciones quirúrgicas? Si – No ¿Cuáles?..... Apendicitis–Amigdalitis–Hernia–Otras:.....
Fecha:..... ¿Tuvo fracturas, esguinces o luxaciones? Si – No - Especificar lesión y fecha:.....
¿Tiene problemas de coagulación? Si – No – No se ¿Tiene plan de vacunación completo? Si – No ¿Cuál le falta dar?.....
Fecha de última antitetánica:.....

Enfermedades que tiene o suele tener (remarcar lo que corresponda): afecciones a la nariz, oídos, ojos o piel – asma – bronquitis – diabetes – desmayos – enuresis – constipación – epilepsia – neumonía – resfríos – reumatismo – sinusitis – sonambulismo – tos convulsa – trastornos de nutrición – trastornos digestivos – trastornos hepáticos – fobias - Otras:.....
Enfermedades padecidas a la fecha (remarcar lo que corresponda): fobias – difteria – eruptivas – hepatitis – escarlatina – paperas – poliomielitis – rubeola – sarampión – varicela – Otras: .....
¿Tiene alguna aclaración que deban conocer el personal médico y docente a cargo?:.....
.....

Esta ficha tiene carácter de declaración jurada.

Dejo constancia que autorizo a mi hijo/a..... a realizar actividad física escolar (acorde a su edad y sexo) y salidas escolares educativas. Esta autorización permite realizar cambios de espacio físico donde se realice la actividad (campo, club, etc.), por cuestiones climáticas o de otra índole, en los turnos mañana o tarde, sin más aviso que el presente.
Me comprometo a informar inmediatamente a las autoridades del Instituto Mariano Moreno de cualquier modificación de lo antedicho.
Autorizo (en caso de emergencia) al personal médico a proceder de acuerdo con los criterios profesionales pertinentes

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

EXAMEN CLÍNICO

Determinación de: Talla:..... Peso:..... Frecuencia cardiaca: .....Tensión arterial: .....Aparato respiratorio: .....
Aparato cardiovascular:.....Aparato locomotor/postural: .....Otros:.....

Goza de buena salud. Apto para realizar educación física y deportes de acuerdo a la edad

.....	.....	.....
Firma del Médico	Aclaración	DNI