



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

CICLO LECTIVO 202.....

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 CURSO: \_\_\_\_\_ DIVISIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PADRE/MADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES	SI	NO
--------------	----	----

SE ENCUENTRA PADECIENDO:

Procesos inflamatorios o infecciosos

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

Metabólicas: Diabetes

Cardiopatías congénita

Cardiopatías infecciosas

Hernias inguinales, crurales

Alergias

HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:

Hepatitis (60 días)

Sarampión (30 días)

Parotiditis (30 días)

Mononucleosis infecciosa (30 días)

Esguinces o luxaciones de: tobillo, hombro o muñeca (60 días)

ALGUNA OTRA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO

¿Cuál?

¿TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE?

Indique cuáles:

NOTA: Adjuntar certificados médicos

¿TIENE VACUNAS ACTUALIZADAS?

¿POSEE COBERTURA MÉDICA? ¿CUÁL?

Nº DE AFILIADO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿ES APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA?

PROFESIONAL

LUGAR Y FECHA: ..... FIRMA: ..... ACLARACIÓN: .....

OFTALMOLÓGICO:

BUCODENTAL:

PADRE/MADRE/TUTOR

LUGAR Y FECHA: ..... FIRMA: ..... ACLARACIÓN: .....