

**Entregar la siguiente ficha y apto físico en la primer semana de marzo** (de no ser presentada, el alumno no realizara Educación Física, quedando sin evaluar dicha área)

**FICHA MÉDICA**

<b>APELLIDO Y NOMBRES:</b> -----
<b>TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:</b> -----
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> ----/----/---- <b>EDAD</b> ----- <b>SEXO</b> -----
<b>DOMICILIO DE LOS PADRES Ó RESPONSABLES:</b> -----
<b>EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:</b> ----- <b>TEL:</b> -----
<b>GRUPO SANGUÍNEO:</b> ----- <b>FACTOR Rh:</b> ( -----)
<b>OBRA SOCIAL:</b> ----- <b>SOCIO N°</b> ----- <b>TEL:</b> -----

○ **VACUNAS** (Adjuntar fotocopias de certificados de vacunación)  
Calendario de vacunación a la fecha de evaluación.....

○ **ENFERMEDADES QUE PADECE Ó PADECIÓ** (Marcar con un círculo)

- |                       |                   |                               |                  |
|-----------------------|-------------------|-------------------------------|------------------|
| <b>Sarampión</b>      | <b>Otitis</b>     | <b>Escarlatina</b>            | <b>Celíaco</b>   |
| <b>Varicela</b>       | <b>Bronquitis</b> | <b>Meningitis</b>             | <b>Epilepsia</b> |
| <b>Tos convulsiva</b> | <b>Hernias</b>    | <b>Asma</b>                   |                  |
| <b>Paperas</b>        | <b>Sinusitis</b>  | <b>Problemas neurológicos</b> |                  |
| <b>Cardiopatías</b>   | <b>Diabetes</b>   | <b>Reumatismo</b>             |                  |
| <b>Otras:</b> -----   |                   |                               |                  |

○ **ANTECEDENTES DE INTERÉS**

**Operaciones:** -----

**Traumatismos/ Fracturas** -----

**¿Es alérgico?** ----- **¿A qué?** -----

**¿Cómo lo evita?** -----

**¿Sufre de diabetes?** ----- **¿Tiene problemas de coagulación?** -----

○ **SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

○ **Otras actividades que Ud. crea conveniente no hacer:** -----  
-----

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, -----	
<b><u>APTO FÍSICO</u></b>	
Certifico haber examinado a ----- con DNI ----- quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas, no competitivas, acordes a su edad.	
Para ser presentado ante las autoridades del Instituto ----- Se extiende el presente certificado en Buenos Aires, el día ----- de ----- de 2.00---	
----- Firma del Profesional	----- Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin **APTO FÍSICO** no podrá ser calificado.

-----  
Firma del Padre/ Madre ó Tutor

-----  
Aclaración