



SECCIÓN SECUNDARIO

FICHA MÉDICA 2024

Buenos Aires, de..... de 20.....

APELLIDO Y NOMBRES AÑO y DIVISIÓN

FECHA DE NACIMIENTO DNI

OBRA SOCIAL / PREPAGA N° AFILIADO.....

GRUPO SANGUÍNEO FACTOR RH

CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre, parentesco, número

Esta ficha deberá estar **“completa”** para **iniciar** la actividad física.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		

Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		

En caso de tener alguna **afección que le impida hacer natación o educación física**, deberá presentar, en Rectoría, esta ficha y certificado médico donde conste que no está capacitado para efectuar actividad física. **NOTA:** De producirse cambios en lo manifestado, durante el año, rogamos dar aviso fehaciente a Rectoría.

Doy mi expreso consentimiento para que _____ pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Tachar lo que NO corresponda: Está apto para realizar Educación Física: **Sí – No**

Está apto para realizar Natación: **Sí – No**

El/la que suscribe certifica que los datos que anteceden son auténticos y que no se ha omitido ninguna información médica que deba ser tomada en cuenta.

Firma y sello con matrícula del médico

Firma y aclaración del padre, madre o tutor