



**AREA DE EDUCACIÓN FÍSICA**

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD AÑO 20.....

APELLIDO Y NOMBRE(S):.....  
 CURSO:..... DIV:..... TURNO:.....  
 FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... EDAD:..... DNI:.....  
 DOMICILIO:..... LOCALIDAD:.....  
 NOMBRE DEL ADULTO RESPONSABLE:..... VÍNCULO:..... TELÉFONO:.....  
 OTRO TELÉFONO:..... PERTENECIENTE A:..... VÍNCULO:.....  
 POSEE COBERTURA MÉDICA?..... CUÁL?..... Nº AFIL:.....  
 PLAN MÉDICO DE CABECERA:.....

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO
1) Padece alguna de las siguientes enfermedades:		
Diabetes		
Enfermedad cardíaca (soplo, palpitaciones, hipertensión)		
Hernia		
Alergia (¿A qué? ¿Como la trata?)		
Convulsiones – Asma		
Sinusitis, adenoiditis, otitis		
Otras (Aclarar cual es)		
2) Operaciones (Aclarar mes y año)		
Apendicitis		
Otras		
3) ¿En los dos últimos meses tuvo alguna de estas enfermedades?		
Hepatitis		
Sarampión		
Paperas		
Mononucleosis		
Fracturas, esguinces o luxaciones		
4) Manifiesta algún problema:		
Auditivo		
Visual		
Con la práctica de deportes		
Desviación de columna		
Pérdida de conciencia		
5) ¿Toma algún medicamento en forma permanente? ¿Cuál?		
6) Alguna otra situación particular determinada por el médico:		
7) <b>¿Está apto para realizar Educación Física?</b>		

Por la presente me notifico formalmente que está absolutamente prohibido practicar ejercicios o deportes de riesgo, solo o acompañado, en todas aquellas ocasiones en que no se encuentre en el gimnasio, campo u otro lugar de deportes el profesor/a de Educación Física a cargo del curso o grupo.

Atento a la responsabilidad genérica que la carga de la guarda impone a la Rectoría del Instituto sobre todos los alumnos (conforme a lo establecido por el Código Civil), toda trasgresión a esta regla se considerara una falta grave y de exclusiva responsabilidad del desobediente.

.....  
 Sello y Firma del médico

.....  
 Firma y aclaración del Padre,  
 Madre o Tutor