

Instituto Divino Corazón

Ficha Médica



Datos Personales

| | | | |
|---------------------|------|-------|---------------------|
| Apellido y nombres: | | | |
| Edad: | DNI: | Sexo: | Sala / Grado / Año: |
| Domicilio: | | | |

En caso de urgencia avisar a:

| | | |
|--------------------|----------|----------|
| Nombre y apellido: | | |
| Teléfono: | Celular: | Vínculo: |
| Nombre y apellido: | | |
| Teléfono: | Celular: | Vínculo: |

| | |
|---|--------------|
| Obra Social: | N° de Socio: |
| Domicilio: | Teléfono: |
| Ante una emergencia que lo amerite trasladar a: | |

Informe Médico

| | | | |
|------------------|---------|---------|-------|
| Grupo sanguíneo: | Factor: | Altura: | Peso: |
|------------------|---------|---------|-------|

Antecedentes

| Actualmente padece: | Si | No |
|---|----|----|
| Procesos inflamatorios o infecciosos | | |
| Enfermedades metabólicas | | |
| Cardiopatías congénitas | | |
| Cardiopatías infecciosas | | |
| Hernias inguinales, crurales, umbilical, atípicas | | |
| Cirugías | | |
| Fracturas | | |
| Problemas Neurológicos | | |
| Enfermedad celíaca | | |
| Alergias | | |
| Hernias | | |
| Asma | | |
| Diabetes | | |

| Ha padecido recientemente | Si | No |
|-------------------------------------|----|----|
| Hepatitis (60 días) | | |
| Sarampión (30 días) | | |
| Parotiditis (30 días) | | |
| Mononucleosis infecciosas (30 días) | | |
| Esguinces o luxaciones (60 días) | | |
| Varicela | | |
| Tos convulsiva | | |
| Sinusitis | | |
| Bronquitis | | |
| Escarlatina | | |
| Meningitis | | |
| Paperas | | |

NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems señalados precedentemente deberá presentar, conjuntamente con el formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si, en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física.

Alguna otra situación particular determinada por el médico:

¿Toma medicamentos en forma permanente? ¿Cuáles?:

| | | | | | |
|---|----|----|--|----|----|
| ¿Tiene las vacunas actualizadas? (Adjuntar fotocopias) | Si | No | ¿Tiene libreta sanitaria actualizada? (Adjuntar fotocopias) | Si | No |
|---|----|----|--|----|----|

| | | |
|---|----|----|
| ¿Es apto para realizar educación física? (Adjuntar apto físico por cardiología o por clínico con aval cardiológico) | Si | No |
|---|----|----|

| Médico | Padre, Madre o Tutor |
|-------------------------------------|----------------------|
| Firma : | Firma : |
| Nombre y Apellido: N° de matrícula: | Nombre y Apellido: |
| Lugar y Fecha: | |

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 FISICO NO PODRA SER CALIFICADO.