



INSTITUTO EDUCATIVO MODELO A-986
 Av. J.B. Alberdi 1577 (1406) Ciudad autónoma de Bs. As
 TE: 4432-1150 E-mail: info@educativomodelo.edu.ar

Ficha Médica Certificado de Salud Ciclo lectivo 2012

- Debe ser realizada con fecha correspondiente al ciclo lectivo 2012.
- La actividad de Educación Física se iniciará a comienzos del año lectivo 2012, aquellos alumnos que no presenten esta certificación antes de dicha fecha no podrán realizar actividad y se les consignará como ausente, hasta su presentación.

Datos particulares

Apellido y nombre.....
 Tipo de documento.....Nº.....Edad.....
 Domicilio.....
 En caso de ser necesario avisar a:
 Nombre.....TEL:.....
 Nombre.....TEL:.....

¿Esta afiliado a algún seguro médico?

¿Cuál? _____ Nº Carnet: _____ Nº a llamar: _____

SR. MÉDICO:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.
 Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia y para la práctica de Educación Física y de actividad deportiva.

FICHA MÉDICA:

DATOS BASICOS Y FUNDAMENTALES Grupo sanguíneo: _____

Observaciones:

Ha tenido o tiene ahora (indique con una X lo que corresponda)

Asma bronquial: _____ Úlcera gastroduodenal: _____
 Fiebre reumática: _____ Diabetes: _____
 Enfermedades cardíacas: _____ Convulsiones: _____
 Tuberculosis: _____ Vértigos o mareos: _____
 Dolor de cabeza severo: _____ Problemas emocionales: _____
 Hernias: _____ Hipertensión arterial: _____

Otra enfermedad seria: _____

Por cada SI explique y de fechas:
 Apendicectomía: _____ Traumatismo de cráneo: _____
 Transfusiones: _____ Traumatismos columna: _____
 Fracturas: _____ Otros accidentes importantes: _____

Otra operación seria: _____

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación? (conteste por sí o por no)

Ojo, nariz, garganta: _____ Tórax, pulmones, corazón: _____
 Cabeza, cuello: _____ Abdomen, estomago, intestinos: _____
 Sistema urinario: _____ Músculos, huesos: _____
 Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: _____ Piel: _____
 Si su contestación es afirmativa, explique: _____

Presenta reacción alérgica a: (aclare en caso afirmativo)

Suero: _____ Drogas: _____

Alimentos: _____ Otros: _____

Si su contestación es afirmativa del nombre y el tipo de reacción: _____

Vacunas (indicar fecha de última dosis aplicada):

Sabin: _____ Doble: _____ Sarampionosa: _____

BCG: _____ Antitetànica: _____ Triple: _____

Rubéola: _____

¿Toma algún medicamento en forma regular?: _____

¿Cuál?: _____ ¿En qué dosis?: _____

¿Padece de enfermedades Infecto-contagiosas?: _____

¿Cuál?: _____

Indique incapacidades físicas: _____

SI ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA AFECCIÓN, MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:

DIAGNÓSTICO: _____

MEDICAMENTO: _____ DOSIS: _____

OBSERVACIONES: _____

CERTIFICADO DE SALUD

En mi carácter de Médico, certifico la aptitud física del alumno: _____

_____ para el ciclo lectivo 2.010 _____

POR LO TANTO

Lo/a habilito

no lo/a habilito

- 2 módulos semanales de actividad de Educación Física
- Actividad deportiva de acuerdo a su edad y contextura física en la escuela y encuentros intercolegiales (futbol / hockey)

(MARCAR CON UNA CRUZ LA CERTIFICACIÓN CORRECTA)

Firma y sello del médico: _____

Aclaración: _____

Teléfono: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

(LA PRESENTE CERTIFICACION DEBE SER EXTENDIDA CON FECHA CORRESPONDIENTE AL CICLO LECTIVO 2012)