



**NIVEL SECUNDARIO**

**FICHA MÉDICA – CERTIFICADO DE SALUD DEL CICLO LECTIVO 20.....**

- Debe ser realizada con fecha del Ciclo Lectivo en curso.
- La actividad de Educación Física se inicia a comienzos del Ciclo Lectivo en curso, aquellos alumnos que no presenten esta certificación no podrán realizar actividad física y se les consignará como ausente, hasta su presentación.

**APELLIDO Y NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES:** \_\_\_\_\_

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:** \_\_\_\_\_ **TEL:** \_\_\_\_\_

**GRUPO SANGUINEO:** \_\_\_\_\_ **FACTOR Rh:** (\_\_\_)

**OBRA SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **SOCIO N°** \_\_\_\_\_ **TEL:** \_\_\_\_\_

**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.**

**ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ Marcar con una X**

Sarampión	Asma	Celiaquía	Migraña
Escarlatina	Otitis	Cardiopatías	Úlcera gastroduodenal
Varicela	Sinusitis	Hipertensión arterial	Fiebre reumática
Rubéola	Tuberculosis	Epilepsia	Patología renal
Paperas	Hepatitis	Convulsiones	Trastornos oculares
Meningitis	Mononucleosis	Vértigo/Mareos	Problemas emocionales
Tos convulsiva	Diabetes	Hernia	Problemas neurológicos

Otras: \_\_\_\_\_

**REACCIÓN ALÉRGICA Marcar con una X - Indicar tipo de reacción**

Suero	
Alimentos	
Medicamentos	

Otros: \_\_\_\_\_

**VACUNAS Indicar fecha de última dosis aplicada**

Sabin	Rubéola	Antitetánica	Triple Viral
BCG	Doble	Antisarampionosa	VPH

**ANTECEDENTES DE INTERÉS**

Operaciones: \_\_\_\_\_

Traumatismos de cráneo / columna \_\_\_\_\_

Fracturas \_\_\_\_\_

Apendicectomía \_\_\_\_\_

Diabetes: ¿Tiene problemas de coagulación? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojo, nariz, garganta: \_\_\_\_\_ Tórax, cráneo, pulmones, corazón: \_\_\_\_\_



Cabeza, cuello: \_\_\_\_\_ Abdomen, estómago, intestinos: \_\_\_\_\_

Sistema urinario: \_\_\_\_\_ Músculos, huesos: \_\_\_\_\_ Piel: \_\_\_\_\_

Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: \_\_\_\_\_

¿Padece de enfermedades infecto-contagiosas?: \_\_\_\_\_

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Indique incapacidades físicas: \_\_\_\_\_

Si está bajo **tratamiento médico** por alguna afección en forma regular, explicitar los datos que se solicitan a continuación:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Explique la forma de administración del medicamento:

.....  
 .....  
 .....

**CERTIFICADO DE SALUD**

C.A.B.A.,..... del mes de..... de 20.....

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

que cursa \_\_\_\_\_ año en el presente Ciclo Lectivo.

Por lo tanto:

<b>MARCAR CON UNA CRUZ LA CERTIFICACIÓN CORRECTA</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lo/a habilito</b>	<b>no lo/a habilito</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 módulos semanales de actividad de Educación Física</li> <li>• Actividad deportiva y de competición</li> </ul>	

.....  
**Firma del Profesional**

.....  
**Sello Aclaratorio y N° de Matrícula**

Domicilio del Consultorio Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono/Celular: \_\_\_\_\_

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

**Firma del Padre, Madre o Tutor Legal:** .....

**Aclaración:** .....

**DNI:** .....