



**Ficha Médica Certificado de Salud**

- Debe ser realizada a partir de la **2ª quincena de febrero** del año lectivo correspondiente.
- La actividad de Educación Física se iniciará a mediados de marzo. **Aquellos alumnos que no presenten esta certificación antes de esa fecha no podrán realizar la actividad y se les consignará como ausente, hasta su presentación.**

**Datos Particulares**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI / CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

**¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?**

¿Cuál? \_\_\_\_\_ N° Carnet: \_\_\_\_\_ N° 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.

	ESPECIFICACIONES	SI	NO
ESTA APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FISICA?			
TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS?			

	ESPECIFICACIONES	SI	NO
<b>SE ENCUENTRA PADECIENDO:</b>			
PROCESOS INFLAMATORIOS			
PROCESOS INFECCIOSOS			
<b>PADECE ENFERMEDADES:</b>			
METABOLICAS: DIABETES			
CARDIOPATIAS CONGENITAS			
SOPLOS CARDIACOS ( SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO)			
HERNIAS INGUINALES, CRURALES			
ALERGIAS ( SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE A QUÉ)			
BRONQUITIS OBSTRUCTIVAS O ASMA POST EJERCICIO )			
<b>HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:</b>			
HEPATITIS ( 60 DIAS )			
PAROTIDITIS ( 30 DIAS )			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA ( 30 DIAS )			
ALTERACIONES EN LAS ARTICULACIONES O EN COLUMNA VERTEBRAL (60 DIAS); SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE.			
ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (60 DÍAS); SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO.			
ALGUNA SITUACION PARTICULAR DETERMINADA POR EL MEDICO (SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE).			
ESTÁ EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN PERMANENTE? (SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE Y ADJUNTE CERTIFICADOS E INDICACIONES).			

FECHA:.....FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: .....

DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MEDICO, AUTORIZO A MI HIJO/A A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACION FISICA, DANDOME POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA CIRCULAR.

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR .....

ACLARACIÓN .....

C.A.B.A.,.....DE..... DE.....