

COLEGIO SAGRADA FAMILIA

Departamento de Educación Física
FICHA DE ANTECEDENTES Y DATOS MÉDICOS

DATOS PERSONALES

AÑO LECTIVO 2020

Apellido y Nombre Curso.....

Domicilio Teléfono.....

Nombre y Apellido de la Madre Tel. Cel.

Nombre y Apellido del Padre Tel. Cel.

Al no encontrar a los Padres, En caso de urgencia llamar a (aclarar parentesco)
Teléfonos.....

OBRA SOCIAL:..... N° de afiliado

HISTORIA CLINICA

Enfermedades Padecidas	Intervenciones Quirúrgicas	Propenso a...
Sarampión ☐	Apendicitis ☐	Resfrío ☐
Enferm. Cardiacas ☐	Amigdalitis ☐	Afecciones Oído . ☐
Paperas ☐	Hernia ☐	Afecciones Vista . ☐
Tos Convulsa ☐	Otras.....	Desmayos ☐
Escarlatina ☐		Constipación ☐
Difteria ☐		Bronquitis ☐
Poliomielitis ☐		Sinusitis ☐
Varicela ☐	<u>Vacuna Antitetánica:</u>	Esguinces..... ☐
Viruela ☐	Fecha de la última dosis:.....	Sonambulismo ☐
Meningitis ☐	<u>GRUPO SANGUÍNEO:</u>	Asma ☐
Hepatitis ☐		Reuma ☐
Enferm. Renales .. ☐		Hipertensión ☐
Respiratorias ☐		Hipotensión..... ☐
Mononucleosis..... ☐		Diabetes..... ☐
Otras:.....	Usa Anteojos Si - No	Epilepsia..... ☐
	Usa Ortodoncia Si - No	

ALERGICA/O A:

.....

- ¿Sigue algún tratamiento? SI - NO ¿Cuál?

- ¿Administración actual de medicamentos? SI - NO ¿Cuál?

- ¿Requiere de actividad física adaptada? SI - NO ¿Cuál?

En caso de ser necesario autoriza a su hijo/a a tomar:

Ibuprofeno Si ☐ No ☐

Paracetamol Si ☐ No ☐

***** Les recordamos que es de carácter obligatorio la presentación del CERTIFICADO MEDICO de APTITUD FISICA HASTA EL DÍA LUNES 16/03/20*****

.....
Fecha Firma del Responsable Aclaración

*Según mi leal conocimiento, declaro que todos los datos que proporciono en esta Ficha son Verídicos.