COLEGIO SAGRADA FAMILIA

Departamento de Educación Física
FICHA DE ANTECEDENTES Y DATOS MÉDICOS

DATOS PERSONALES **AÑO LECTIVO 2022**

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:..... **Nº de afiliado** .....

HISTORIA CLINICA

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

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 hija/o a tomar:

Ibuprofeno Si ☐ No ☐
Paracetamol Si ☐ No ☐

****** Les recordamos que es de carácter obligatorio la presentación del CERTIFICADO MEDICO de APTITUD FISICA parta poder realiza actividad física******

....
Fecha ***Firma del Responsable*** ***Aclaración***

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