

# COLEGIO SAGRADA FAMILIA

Departamento de Educación Física  
FICHA DE ANTECEDENTES Y DATOS MÉDICOS

## DATOS PERSONALES

AÑO LECTIVO 2024

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

**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 para poder realizar actividad física \*\*\***

.....  
Fecha
Firma del Responsable
Aclaración

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