



Ficha de salud

Educación Física

1- Datos del alumno:

- Nombres y Apellido: _____

- Año: _____ Sección: _____ Turno: _____

2- Antecedentes de enfermedad:

a - Antecedentes de enfermedad:

- Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico:

NO () SI () ¿Cuál? _____

- Enfermedades o antecedentes cardiovasculares:

NO () SI () ¿Cuál? _____

- Durante los últimos tres años fue internado alguna vez:

NO () SI () ¿Por qué? _____

b. ¿Tiene algún tipo de alergias?

- En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____

- La alergia se debe a: _____ No sabe ()

- ¿Recibe tratamiento permanente? NO () SI ()

3-Tratamientos

- Recibe tratamiento médico: SI () NO () Especifique _____

- Quirúrgicos: SI () NO () Edad: _____ Tipo de cirugía: _____

- ¿Presenta alguna limitación física?: SI () NO ()

- Aclaración: _____

- Otros problemas de salud (padecidos en fecha reciente entre los 30 y 60 últimos días):

- Nombre y Apellido del Padre/Madre o Tutor: _____

_____ D.N.I.: _____

Certificado de Aptitud para actividades físicas

Certifico que _____ DNI: _____

de ____ años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las _____ horas y aparece en condiciones de realizar actividades propias de la educación física escolar curricular y deportivas-recreativas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

OBSERVACIONES: _____

Firma y sello del médico

Fecha: ____/____/____