

FICHA DE SALUD * 201...

Apellido y Nombres del alumno/a :

Domicilio:..... N°.....

Localidad:

Fecha de nacimiento.....

Lugar de nac.:.....

Teléfono

DNI:.....

Edad:.....años

Talla:.....(en cms.)

Peso:.....kgs.

Grupo sanguíneo.....Rh.....

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Padece algunas de las enfermedades?	Indicar con x		¿Ha padecido en fecha reciente?	Indicar con x	
	SI	NO		SI	NO
- Desmayos			-Hepatitis (60 días)		
- Cardiopatías congénitas			- Sarampión (30 días)		
- Alergias			- Parotiditis (30 días)		
- Convulsiones			-Mononucleosis infecciosa (30 días)		
- Epilepsia			-Esguinces o luxaciones (60 días)		
- Diabetes					
- Asma					

¿Toma medicamentos en forma permanente? Indique cuáles:

NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems señalados precedentemente, deberá presentar conjuntamente con el formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si, en virtud de la misma, el alumno se halla capacitado o no para efectuar actividad física.

COBERTURA MEDICA

Obra Social:

Nº de carnet:

En caso de accidente avisar a:

OBSERVACIONES:

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración de la misma