

Ficha Médica 2018 – Escuela Secundaria



Ficha Médica Escuela Secundaria

**Colegio
EL BUEN AYRE**

Nombre y apellido:

Edad:

Grupo sanguíneo

Obra social / prepaga (indicar cuál)

Nº socio

Tel. urgencias:

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA

SÍ NO

¿Padece alguna cardiopatía?		
¿Es diabética?		
¿Es asmática?		
¿Es alérgica?		
¿Ha tenido alguna convulsión?		
¿Ha padecido o padece epilepsia?		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Tiene problemas traumatológicos?		
¿Cuál?		
¿Ha padecido o padece pérdida de conocimiento?		
¿Padece desórdenes alimenticios?		
¿Ha padecido o padece afecciones del oído?		
¿Sufre de alta o baja presión?		
¿Cuál?		
¿Sufre de fobias u otros trastornos similares?		
¿Ha sufrido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Sufre de problemas de vista?		
¿Cuál?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire y / o dolor en el pecho mientras realizaba ejercicio físico?		

Si es alérgica, indicar a qué.....

- Medicamentos que toma
- Si fue operada, indicar de qué y cuándo.....
- Vacuna antitetánica (fecha de última aplicación).....
- Otros datos de interés.....

Nota: en caso de que mi /nuestra hija sufriera algún accidente, autorizo al personal a cargo a tomar todas aquellas decisiones que fueran urgentes y estimen conveniente de realizar en beneficio de su salud. Asimismo autorizo a que sea atendida por el servicio de urgencias que corresponda.

Según nuestro conocimiento, declaramos que son veraces todos los datos que proporcionamos en el presente cuestionario.

Nombre y apellido de la madre Celular.....

Firma y aclaración de la madre DNI.....

Nombre y apellido del padre Celular.....

Firma del padre DNI

Apto Médico 2018 – Escuela Secundaria

Apto Médico
Escuela Secundaria

Colegio
EL BUEN AYRE

**Apto Médico para ser completado por médico
cardiólogo o clínico luego de evaluar:**

- [Anamnesis
- [Historia Clínica
- [Auscultación cardíaca
- [Tensión Arterial
- [Pulsos periféricos
- [E.C.G.

La Srta.

.....

.....,
D.N.I. N°
es apta para la práctica y realización de las actividades
propias de la materia Educación Física y para participar de las
competencias y torneos en representación del Colegio.

Fecha
del Médico

Firma y sello



Consentimiento Padres 2018 - Escuela Secundaria



**Consentimiento
Padres E. S.**

**Colegio
EL BUEN AYRE**

CONSENTIMIENTO

Autorizo a mi hijo/a

.....,
D.N.I.

....., a practicar y realizar las actividades propias de la materia Educación Física y a participar de las competencias y torneos en representación del Colegio.

Firma padre / madre o tutor.....

Fecha:

Nombre y Apellido:

Domicilio:

D.N.I.: