

FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ESTUDIANTE

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los alumnos.

Apellido/s y Nombre/s del alumno/a:

DNI:	Fecha Nac.:	Edad:	Domicilio:
Curso:		Turno:	Tel casa/celular adulto responsable
Obra Social o Seguro Médico:	Nº Afiliado:	Grupo Sanguíneo:	RH:

INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS

1 - NOMBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

PARENTESCO:

TELÉFONO:

2 - NOMBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

PARENTESCO:

TELÉFONO:

3 - NOMBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

PARENTESCO:

TELÉFONO:

ACTUALIZACIÓN DATOS ADULTOS RESPONSABLES

	Responsable de Pago	Responsable Tutor
Apellidos y Nombres		
DNI		
Nacionalidad		
Domicilio		
Profesión		
Teléfono		

FIRMA DEL TUTOR RESPONSABLE	ACLARACIÓN	DOCUMENTO
------------------------------------	-------------------	------------------

PARA COMPLETAR POR LA FAMILIA (adjuntar certificado de aptitud física)

Completar con una CRUZ SI PADECE o NO las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.

	SI	NO	SI RESPONDIÓ SÍ, EXPLIQUE.
Asma, crisis asmáticas	SI	NO	
Problemas Cardiovasculares (soplos, arritmias, cardiopatía congénita)	SI	NO	
Alguna dificultad respiratoria (Bronquitis obstructiva, neumonía)	SI	NO	
Dificultades Osteo articulares:	SI	NO	
* Dolencia	SI	NO	
* Desviaciones de columna, pies u otros huesos	SI	NO	
Traumatismos (De cráneo, fracturas)	SI	NO	
Ha presentado síncope	SI	NO	
Dificultades Neurológicas:	SI	NO	
* Ha presentado convulsiones	SI	NO	
* Trastornos del sueño: insomnio, terrores nocturnos, sonambulismo	SI	NO	
* Dificultad de la marcha	SI	NO	
* Padece epilepsia	SI	NO	
Dificultad de audición, hipertrofia de cornetes, sinusitis, otitis.	SI	NO	
Algun tipo de alergia/ afecciones alérgicas	SI	NO	
Trastornos alimentarios	SI	NO	
Diabetes	SI	NO	
Cirugías previas	SI	NO	
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud (especificar)	SI	NO	
ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ:			
VARICELA: SI / NO SARAMPIÓN: SI / NO RUBÉOLA: SI / NO MONONUCLEOSIS: SI / NO			
¿Toma regularmente algún medicamento?	SI	NO	
¿Cuál?	Motivo		
¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación?	SI	NO	
¿ACTUALMENTE CONCORRE A ALGÚN ESPACIO DE TRATAMIENTO? (Fonoaudióloga, psicología, terapia ocupacional, psicopedagogía, otros)	DETALLE:		
CERTIFICO QUE MI HIJO/A SE ENCUENTRA:	APTO	NO APTO	
PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD PARA EL CICLO LECTIVO 2025			
Fecha: / /	Firma del padre	Aclaración	DNI Firma de la madre Aclaración

Los arriba firmantes se comprometen a comunicar formalmente al Profesor de Educación Física y/o a la autoridad escolar, cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha y, en caso de ser necesario, pedir una entrevista con el docente.