



DIRECCIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTES Y RECREACIÓN

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD
FORMULARIO A CUMPLIMENTAR POR LOS PADRES DE LOS ALUMNOS

LUGAR Y FECHA: _____ T.E. PARTICULAR: _____
APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: _____
CURSO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____
SISTEMA ASISTENCIAL (Cobertura): _____ T.E.: _____
(Adjuntar fotocopia de credencial)
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____ T.E.: _____
(Responsable a cargo) En el horario de 15:00 a 17:00 hs.

Marque con una cruz según corresponda	SI	NO	Marque con una cruz según corresponda	SI	NO
Problemas Cardíacos			Afecciones auditivas		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Hipertensión			Problemas en los huesos o articulaciones		
Obesidad			Cirugías		
Asma Bronquial			Internaciones		
Pérdida de conciencia			Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Convulsiones			Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Ojos, riñón, testículos)		
Traumatismo de cráneo			Alergias		
Diabetes			Tos crónica		
Alteraciones Sanguíneas			Toma de medicación habitual		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:			Alergia a algún medicamento ¿Cuál?		
• Desmayos			Problema de piel		
• Mareos			Usa anteojos		
• Dolor en el pecho			Vacunación completa		
• Cansancio excesivo			OBSERVACIONES: (Detalle las respuestas afirmativas)		
• Palpitaciones					
• Dificultad para respirar					

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

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO PEDIATRA

APTO PARA ACTIVIDADES DE COMPETENCIA C.A. de Bs. As. ____ / ____ / ____

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a _____ D.N.I. _____
quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades de gimnasia y recreativas, deportes y competencias acordes a su edad.

Observaciones: _____
_____.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto **SAN MAXIMILIANO KOLBE**.

FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO ACLARATORIO Y Nº DE MATRÍCULA

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos y autorizo a mi hijo/a a realizar todas las actividades en las Áreas de Educación Física.

C.A. de Bs. As. _____ Firma del Responsable _____
Tipo y Nº de Doc. _____ Aclaración _____

Todos los alumnos deberán adjuntar una foto 4 cm. X 4 cm.