



**FICHA DE SALUD – NIVEL SECUNDARIO**  
**ENTREGAR A LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN FÍSICA**

**Curso:** ..... **Ciclo Lectivo:** 2021

APELLIDO y NOMBRE:			
Fecha de Nacimiento:	..... / ..... / .....	Nº de D.N.I.:	
Teléfonos:		Otros teléfonos de emergencia:	
Nº de Celulares:			
Obra Social:		Nº de Afiliado:	
Nº de teléfono de urgencia de la Obra Social:			
Grupo Sanguíneo:		Factor RH:	

**ENFERMEDADES QUE PADECE o PADECIÓ:** (marque con una x)

Sarampión		Otitis Crónica		Asma		Reumatismo	
Varicela		Escarlatina		Hernias		Diabetes	
Tos convulsiva		Celíaquía		Meningitis		OTRAS:	
Paperas		Epilepsia		Sinusitis			
Cardiopatías		Bronquitis		Problemas neurológicos			

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:** .....

**Fracturas:** .....

¿Padece o padeció convulsiones? SI / NO Causas: .....

En caso afirmativo, indicar medidas a tomar: .....

¿Tiene problemas de coagulación? SI / NO Causas: .....

En caso afirmativo, indicar medidas a tomar: .....

¿Padece o padeció reacciones alérgicas? SI / NO Causas: .....

**Medicación que no puede recibir:** .....

Realiza Tratamiento por alguna enfermedad crónica o eventual SI / NO

Detallar medicación y enviar indicaciones al docente a cargo: .....

**OTROS COMENTARIOS SIGNIFICATIVOS:** .....

.....  
.....

AUTORIZO a mi hijo/a a realizar actividades en la clase de Educación Física.  
Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de *declaración jurada* y se ajustan a la realidad. Asimismo, los mantendré actualizados en caso de variar alguno de ellos.  
**De no ser entregada esta ficha en el término que establezca la rectoría, se computará AUSENTE en EDUCACIÓN FÍSICA.**

Firma Padre/  
Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Aclaración  
de Firma: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA**

FIRMA DEL PROFESIONAL AQUÍ o ADJUNTAR EL CERTIFICADO MÉDICO QUE INDIQUE que ...

EL ALUMNO/A SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FÍSICA: SI  NO

Observaciones médicas: .....

Firma de Autoridad Médica: .....