

**FICHA MÉDICA ALUMNOS 20.....**

Colegio Pablo Apóstol – Av. Aconquija 2577 –

Sala/grado/año: ..... División:.....

**DATOS DEL ALUMNO**

Apellido y nombre: ..... DNI: .....

Domicilio: ..... Fecha de nacimiento: .....

Localidad: ..... Teléfono: ..... Celular:.....

**HISTORIA CLÍNICA**

<b>ALERGIAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------------	-----------	-----------

Enfermedades padecidas	Si	No	Enfermedades a la que está propenso	Si	No
Paperas			Bronco espasmo		
Poliomielitis			Bronquitis		
Tos convulsa			Afecciones de oído		
Varicela			Afecciones de la nariz		
Escarlatina			Resfrío		
Rubeola			Enuresis		
Epilepsia			Sonambulismo		
Sinusitis			Convulsiones		
Hepatitis			Desmayos		
Falso Crup			Constipación		
Asma			Diarrea		
Diabetes			Vómitos		
Otra			Otra		

¿Es alérgico a las comidas? Especificar: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a medicamentos? Especificar: \_\_\_\_\_

¿es alérgico a picaduras? Especificar: \_\_\_\_\_

**FOBIAS**

¿Tiene fobias o temores? \_\_\_\_\_

¿cuál? \_\_\_\_\_

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

¿Toma alguna medicación?	Si ¿Cuál?	No
¿Sigue algún tratamiento?	Si ¿Cuál?	No
Otros tratamientos/medicamentos		

<b>COVID 19</b>	<b>TUVO? NO</b>	<b>SI</b>	<b>FECHA/s</b>	<b>¿Está Vacunado /a</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Numero de Dosis	Nº			-----		

**Obra social**

¿Tiene Obra social? ..... ¿Cuál? .....

Certifico que el alumno/a .....

Goza de buena salud para realizar educación física y no padece enfermedad alguna. En caso de padecer alguna enfermedad o requerir tratamiento especial adjunte certificado médico

. Peso: ..... Talla: ..... Ritmo cardíaco: .....

Firma padre/madre/tutor: .....

Aclaración: .....

Firma sello del médico:

Fecha:

NOTA: LA FICHA MÉDICA SOLO SE RECIBIRÁ SI LOS DATOS ESTÁN COMPLETOS, CON TODAS SUS FIRMAS CORRESPONDIENTES.