



**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD-  
Fecha de entrega: 30 de marzo de 2012-**

**Esta ficha es condición necesaria para la práctica deportiva.**

Estimados padres:

Les pedimos que completen la siguiente ficha médica para unificar y actualizar los datos que son importantes en caso de urgencia. **La primera parte debe ser completada por los padres, la segunda por el médico/pediatra**, quién deberá certificar en esta ficha, si la alumna puede hacer educación física o no. Si durante el año lectivo surge algún problema de salud deberán comunicarlo con el certificado médico correspondiente.

**Ficha de antecedentes de salud**

**Formulario a completar por los padres:**

Apellido y nombre.....Edad.....Grupo sanguíneo..... Factor RH...  
 Curso..... Domicilio.....Teléfono.....  
 Teléfono del padre (celular, trabajo, etc.).....  
 Teléfono de la madre (celular, trabajo, etc.).....  
 Otros teléfonos alternativos en caso de no encontrar a los padres.....  
 Cobertura médica/obra social.....N° de asociado.....  
 Nombre del pediatra y teléfono.....  
 Hospital o sanatorio adonde dirigirse en caso de emergencia.....  
 ¿Qué medicamentos puede tomar en caso de necesidad? (Encerrar el correspondiente) Ibuprofeno-  
 Paracetamol- Aspirina- Otro (aclarar).....  
 Observaciones.....

**Formulario a completar por el médico/pediatra:**

|   | Indicar con X |    | Observaciones |
|---|---------------|----|---------------|
|   | SI            | NO |               |
| a) Se encuentra apta/apto para realizar actividad física        |               |    |               |
| b) Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos |               |    |               |
| c) Padece alguna de las siguientes enfermedades                 |               |    |               |
| • Metabólicas - Diabetes  |               |    |               |
| • Cardiopatías congénitas /infecciosas                          |               |    |               |
| • Hernias inguinales - crurales                                 |               |    |               |
| • Alergias  |               |    |               |
| d) Ha padecido en fecha reciente                                |               |    |               |
| • Hepatitis (60 días)   |               |    |               |
| • Sarampión (30 días)   |               |    |               |
| • Parotiditis (30 días)   |               |    |               |
| • Mononucleosis infecciosa (30 días)                            |               |    |               |
| • Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)  |               |    |               |
| e) Antecedentes quirúrgicos                                     |               |    |               |

¿Alguna otra situación determinada por el médico o enfermedad que haya padecido? (asma, epilepsia, celiaquía, otras? ¿Cuáles?.....  
¿Toma medicamentos? SI NO ¿Cuáles?.....

|  |  |
|--|--|
| <p><b><i>Certifico que ..... se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.</i></b><br/>(En caso de no poder realizar actividad física, presentar junto a este formulario el certificado médico correspondiente).</p> |  |
| <p>.....<br/><i>FIRMA DEL MÉDICO</i></p>   | <p>.....<br/><i>ACLARACIÓN / SELLO</i></p> |
| <p><i>FECHA:</i> .....</p>   |  |

**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.**

...../...../2012  
Fecha

.....  
Firma de Madre/Padre

.....  
Aclaración

**La presente ficha tendrá validez hasta el 31/03/2013**