

AÑO:.....DIVISIÓN:.....TURNO:.....SECCIÓN:.....

FICHA DE SALUD

Nombre y Apellido:	Nacionalidad:
Dirección:	Fecha de nacimiento:/...../.....
Correo Electrónico	Grupo Sanguíneo:
Tipo y N° de Documento:	Teléfono:
Nombre del padre:	Nacionalidad:
Ocupación:	Teléfono:
Correo Electrónico:	
Nombre de la madre:	Nacionalidad:
Ocupación:	Teléfono:
Correo Electrónico:	

Antecedentes de enfermedad: (Marque con una cruz lo que corresponda)

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI NO

¿Cuál?.....

¿Durante los últimos tres años fue internado/a alguna vez? SI - NO

¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? SI - NO

En caso afirmativo describa sus manifestaciones:.....

.....

La alergia se debe a:.....

No sabe

¿Recibe tratamiento permanente? SI - NO

TRATAMIENTOS:

¿Recibió tratamiento médico? SI NO

Especifique:.....

.....

¿Qué medicamentos toma?.....

¿Quirúrgicos? SI NO Edad: Tipo de cirugía:.....

Presenta alguna limitación física? SI NO

Aclaración:.....

Otro problema de salud:.....

.....

SI EL ALUMNO/A TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD: *

Recurrir a Institución:.....

Dirección:..... T.E.:.....

Obra Social a la cual pertenece:.....

N° de afiliado:.....

Avisar a familiares: Nombre y Apellido:..... T.E.....

Certifico los datos del Informe de Salud:

Nombre y Apellido: (Padre - Madre o Tutor).....

Firma:.....

*** EN CASO DE URGENCIA EL ALUMNO/A SERÁ TRASLADADO AL HOSPITAL VICENTE LÓPEZ. DE EXISTIR ALGUNA PATOLOGÍA QUE IMPIDA HACER EDUCACIÓN FÍSICA PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO**