



## FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los alumnos.

### APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ALUMNO/A:

Curso:	División:	DNI:	Edad:	
Peso:	Altura:	Grupo Sanguíneo:	Presión Arterial:	FC: (frecuencia cardiaca)
Obra Social:	Afiliado N°:			

Teléfono casa/celular de los padres:

Otros teléfonos de contacto en caso de urgencia:

¿Existe alguna actividad física en la cual su médico haya indicado que su hijo/a no debería participar?	SI	NO
---	----	----

**Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.**

¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación? SI / NO

En caso de responder NO, indique las que faltan:

Otras vacunas:

**IMPORTANTE:** Dado el actual contexto de Pandemia y hasta tanto puedan entregar la Ficha Médica firmada por el Profesional Médico, estará vigente la presente, firmada por los padres/tutores.

**Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.**

AFECCIONES	SI	NO	Si respondió SÍ, especifique
¿Medicación Permanente?			
Asma, crisis asmáticas			
Problemas Cardiovasculares (soplos, arritmias, cardiopatía congénita)			
Alguna dificultad respiratoria			
Dificultades Osteoarticulares:			
* Dolencia:			
* Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
Traumatismos			
Ha presentado síncope (pérdida de conciencia y/o desmayos)			
Neurológicas:			
* ¿Ha presentado convulsiones?			
* Trastornos del sueño: insomnio, terrores nocturnos, sonambulismo			
* Dificultad de la marcha			
* Padece epilepsia			
Dificultad de audición, hipertrofia de cornetes, sinusitis, otitis.			
Algún tipo de alergia/ afecciones alérgicas			

**UNCUYO**UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO**DIGES**DIRECCIÓN GENERAL DE  
EDUCACIÓN SECUNDARIA**CUC**COLEGIO  
UNIVERSITARIO CENTRAL

Trastornos alimentarios			
Diabetes			
<b>CIRUGÍAS PREVIAS</b> (si responde si indique fecha y motivo)			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud			

EL ALUMNO SE ENCUENTRA: **APTO / NO APTO** (tachar lo que no corresponda) PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL PRESENTE CICLO LECTIVO 2021.

El/la abajo firmante se compromete a comunicar por escrito, a la Autoridad Escolar y al Profesor de Educación Física cualquier modificación posterior a la información declarada en la presente ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems que le impidan al estudiante realizar actividad física, deberán presentar el Certificado Médico correspondiente adjunto a la presente ficha, e indicando los cuidados a tener en cuenta dentro del ámbito escolar.

---

**FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL**

-----/-----/2021

**FECHA**

---

**ACLARACIÓN**

---

**DOCUMENTO**