



Orden:.....

TE: 4432-1150 - E-mail: nivelmedio@educativomodelo.edu.ar

NIVEL SECUNDARIO

FICHA MÉDICA – CERTIFICADO DE SALUD DEL CICLO LECTIVO 20.....

- Debe ser realizada con fecha del Ciclo Lectivo en curso.
- La actividad de Educación Física se inicia a comienzos del Ciclo Lectivo en curso, aquellos alumnos que no presenten esta certificación no podrán realizar actividad física y se les consignará como ausente, hasta su presentación.

APELLIDO Y NOMBRE: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ **EDAD:** _____ **SEXO:** _____

DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ **TEL:** _____

GRUPO SANGUINEO: _____ **FACTOR Rh:** (___)

OBRA SOCIAL: _____ **SOCIO N°** _____ **TEL:** _____

SR. MÉDICO:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.

Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia y para la práctica de Educación Física y de actividad deportiva.

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ Marcar con una X

Sarampión	Asma	Celiaquía	Migraña
Escarlatina	Otitis	Cardiopatías	Úlcera gastroduodenal
Varicela	Sinusitis	Hipertensión arterial	Fiebre reumática
Rubéola	Tuberculosis	Epilepsia	Patología renal
Paperas	Hepatitis	Convulsiones	Trastornos oculares
Meningitis	Mononucleosis	Vértigo/Mareos	Problemas emocionales
Tos convulsiva	Diabetes	Hernia	Problemas neurológicos

Otras: _____

REACCIÓN ALÉRGICA Marcar con una X - Indicar tipo de reacción

Suero	
Alimentos	
Medicamentos	

Otros: _____

VACUNAS Indicar fecha de última dosis aplicada

Sabin	Rubéola	Antitetánica	Triple Viral
BCG	Doble	Antisarampionosa	VPH

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____

Traumatismos de cráneo / columna _____

Fracturas _____

Apendicectomía _____

Diabetes: ¿ Tiene problemas de coagulación? _____

¿ Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?

Ojo, nariz, garganta: _____ Tórax, cráneo, pulmones, corazón: _____



INSTITUTO EDUCATIVO MODELO A-986
Av. J.B. Alberdi 1577 (1406) - Ciudad Autónoma de Bs. As
TE: 4432-1150 E-mail: nivelmedio@educativomodelo.edu.ar

Cabeza, cuello: _____ Abdomen, estómago, intestinos: _____

Sistema urinario: _____ Músculos, huesos: _____ Piel: _____

Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: _____

¿Padece de enfermedades infecto-contagiosas?: _____

¿Cuál?: _____

Indique incapacidades físicas: _____

Si está bajo **tratamiento médico** por alguna afección en forma regular, explicitar los datos que se solicitan a continuación:

Diagnóstico: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Explique la forma de administración del medicamento:

.....
.....
.....

CERTIFICADO DE SALUD

C.A.B.A.,..... del mes de..... de 20.....

En mi carácter de Médico, certifico la aptitud física del alumno: _____

que cursa _____ año en el presente Ciclo Lectivo.

Por lo tanto:

MARCAR CON UNA CRUZ LA CERTIFICACIÓN CORRECTA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo/a habilito	no lo/a habilito
<ul style="list-style-type: none"> ● 2 módulos semanales de actividad de Educación Física ● Actividad deportiva y de competición 	

.....
Firma del Profesional

.....
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Domicilio del Consultorio Médico: _____

Teléfono/Celular: _____

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal:

Aclaración:

DNI: