AÑO 2023

# FICHA MÉDICA

# Nombre:

Apellido:

Fecha de nac:

# 

Por favor, marcar con una X las enfermedades, y/o lesiones, y/o conductas a las que tiene una predisposición.

Resfríos Bronquitis

Afecciones de oído Conjuntivitis

Enuresis Desmayos

Subluxación Atlanto Axial Diarreas

Asma Vómitos

Cardiopatías Diabetes

Lesión cerebral Hernias

Prótesis Probl. Renales

Problemas emocionales Probl. Circulatorios

Rinitis Epilepsia

Agresividad Probl.de visión

Cleptomanía Alergias

Probl. Respiratorios Eczemas

Otros........................................................................................................

Tuvo intervenciones quirúrgicas. Cuales.

Presenta manifestaciones alérgicas

Presenta falta de sensibilidad en alguna parte del cuerpo

Tiene conductas cleptómanas

Tiene conductas suicidas.

Tiene todas las vacunas dadas.

Tiene la vacuna Covid 19

Grupo sanguíneo Factor

Algún dato de utilidad:

Toma algún medicamento:

Nombre:

Dosis:

Horario:

Función:

Acciones colaterales:

Ultima prescripción médica:

FICHAS DE ACTIVIDADES REALIZABLES

Marcar las actividades que el estudiante puede realizar.

Trabajos anaeróbicos

Trabajos aeróbicos

Saltos

Gimn. Localizada

Fútbol

Hockey

Básquetbol

Softball

Newcom

Natación

Lanzamiento

Ciclismo

Maratones

Atletismo

Patinaje

Cargar peso

Caminatas de exigencia física

SE RECUERDA ENVIAR EL APTO FÍSICO DEL MÉDICO

En caso de que el alumno estuviera realizando algún tratamiento por favor adjuntar certificado médico.

Por favor agregar cualquier dato que considere de importancia.

Firma del Padre/ Madre/ Tutor:

Aclaración:

DNI: