

Ficha de antecedentes de Salud

Instituto San Rafael
Arzobispado de Buenos Aires

Apto Físico 20...

NIVEL PRIMARIO

Datos del Alumno

<i>Apellido/s y Nombre/s</i>					<i>DNI</i>		<i>Grado</i>		<i>División</i>
<i>Edad</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>			<i>Lugar de Nacimiento</i>				<i>Nacionalidad</i>	
<i>Domicilio (Calle)</i>			<i>Número</i>	<i>Piso</i>	<i>Dpto.</i>	<i>Localidad - Barrio</i>			<i>Código Postal</i>
<i>Teléfono</i>		<i>Teléfono Celular</i>			<i>Otros teléfonos.</i>				

Datos sobre la Salud

<i>Peso</i>					<i>Talla</i>				
<i>Padece actualmente (indicar SÍ o NO):</i>									
<i>Diabetes</i>		<i>Cardiopatías</i>		<i>Hipertensión Arterial</i>		<i>Hipotensión Arterial</i>		<i>Asma Bronquial</i>	
<i>Hernia inguinal o crucial</i>			<i>Convulsiones</i>		<i>Otras</i>				
<i>¿Recibe tratamiento médico?</i>		<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>¿Cuál?</i>					
<i>¿Es alérgico/a?</i>		<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>¿A qué?</i>					
<i>¿Recibe tratamiento?</i>		<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>¿Cuál?</i>					
<i>¿Recibe alguna medicación en forma habitual?</i>			<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>¿Cuál?</i>				
<i>¿Para qué?</i>									
<i>¿Presenta alguna limitación física?</i>		<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>¿Cuál?</i>					
<i>¿Presenta alguna situación particular determinada por su médico?</i>			<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>¿Cuál?</i>				
<i>¿Está apto para realizar Educación Física?</i>			<i>No</i>	<i>Sí</i>					
<i>¿Tiene actualizado el Calendario de Vacunas?</i>			<i>No</i>	<i>Sí</i>					
<i>¿Posee cobertura médica?</i>		<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>¿Cuál?</i>				<i>N° de socio</i>	

Los datos consignados en la presente ficha revisten el carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. (Acepto conocer que sin APTO FÍSICO no podrá realizar clases de Ed. Física ni ser calificado)

.....
Firma del Padre/ Madre

.....
Aclaración

APTO FÍSICO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ____ de _____ de 20...

Certifico que ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares y actividades físicas, recreativas y/o deportivas acordes a su edad, sexo y grado de maduración y desarrollo. Para ser presentado ante las autoridades del Instituto San Rafael (A-120)

.....
Firma del Médico

.....
Sello y aclaración