



DEPARTAMENTO DE EDUCACION FÍSICA
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

El/la que suscribe..... padre / madre
de.....,DNI:.....de.....año,
secciónturno....., toma conocimiento de que su hijo / a realizará actividad física de
esfuerzo cardiovascular adecuado a su edad y sexo, durante las clases de Educación Física
programadas en el Establecimiento de acuerdo a Contenidos Básicos Comunes o Lineamientos
Curriculares vigentes.

En caso de presentar el alumno algún impedimento para realizar la actividad dirigirse a Dirección.

ANTECEDENTES:

SEXO: PESO: EDAD: ESTATURA:

Indicar con una x	SI	NO
a) Se encuentra padeciendo:		
- Procesos inflamatorios o infecciones		
b) Padece alguna de las siguientes enfermedades:		
- Metabólicas: Diabetes		
- Cardiopatías: Congénitas		
- Cardiopatías: Infecciosas		
- Hernias inguinales, crurales		
- Patologías de columna		
c) Ha padecido en fecha reciente:		
- Hepatitis (60 días)		
- Sarampión (30 días)		
- Paratoiditis (30 días)		
- Varicela (30 días)		
- Rubéola (30 días)		
- Mononucleosis infecciosa (30 días)		
- Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro, etc. (60 días)		
d) Intervenciones quirúrgicas en el último año: Cuáles:		
e) Enfermedades que padece o es propenso:		
- Asma		
- Bronquitis		
- Otras		
- Toma medicamentos? Cuáles? Y Cuándo?		

f) alguna otra situación particular indicada por el médico.....

g) Grupo Sanguíneo:.....

h) Domicilio:

i) Teléfono:

j) Teléfonos alternativos en caso de emergencia:.....

k) A dónde trasladaría a su hijo / a en caso de emergencia.....

l) Posee Obra Social?Cuál?..... N° de afiliado:

.....de.....de.....

(Lugar y Fecha)

Firma del Padre / Madre

Aclaración

Firma del Alumno