



# COLEGIO CONFLUENCIA

FICHA MÉDICA ESTUDIANTES

Plazo límite de entrega: finales de marzo

TODOS LOS NIVELES

AÑO: \_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NIVEL Y CURSO: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TEL DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ N° DE AFILIADO: \_\_\_\_\_

Marcar lo que corresponda y especificar en caso afirmativo.	SI	NO
Padece alguna de las siguientes enfermedades:		
Diabetes		
Cardiopatías congénitas		
Cardiopatías infecciosas		
Hernias abdominales, inguinales, etc.		
Problemas bronquiales (asma, etc)		
Dificultades visuales		
Dificultades auditivas		
Hipertensión		
Alergias ( <b>especificar</b> )		
Ha padecido en los <b>últimos 60 días</b>		
Hepatitis		
Sarampión		
Parotiditis		
Mononucleosis		
Esguinces, luxaciones o fracturas		
Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos?		
Restricciones alimentarias (celiaquía, etc) <b>Especificar</b>		
¿Padece alguna limitación para hacer Educación Física?		
¿Existe alguna medicación contraindicada para él/ella? <b>Especificar</b>		
Vacuna antitetánica	Fecha de aplicación:	
Grupo sanguíneo:	Factor RH:	
Consigne cualquier información que considere importante o necesaria:		

DEJAMOS CONSTANCIA QUE EL/LA ESTUDIANTE ESTÁ EN CONDICIONES DE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE, MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA y SELLO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
FECHA