



Apellido y Nombres: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Grupo Sanguíneo: _____

Sala/Grado/Año: _____

MARCAR CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE:

¿Se encuentra en Tratamiento? SI – NO

En caso afirmativo describa brevemente:

¿Toma algún medicamento en forma permanente? SI – NO En caso afirmativo, ¿cuál? _____

¿Padece procesos inflamatorios frecuentes? SI – NO / Describa en caso afirmativo: _____

¿Es alérgico? SI – NO / Describa en caso afirmativo _____

¿Se le ha detectado algún problema de audición? SI – NO / ¿Cuál? _____

Antecedentes de intervenciones quirúrgicas a la fecha:

MARCAR CON UNA X LA OPCIÓN CORRESPONDIENTE SI PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

.....Diabetes /Epilepsia /Cardiopatía Congénita /Cardiopatía infecciosa /Hernia inguinal/crural /Pérdida de conocimiento

.....Enfermedad inmunológica /Hemofilia /Púrpura /Problemas de coagulación /Hemorragias

..... otra enfermedad / ¿Cuál? _____

¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades en fecha reciente?

.....Hepatitis /Mononucleosis /Sarampión

APTO FÍSICO



RESPONDER MARCANDO CON UNA X EN EL CASILLERO:

¿Se encuentra capacitado/a para efectuar actividad física? SÍ ESTÁ APTO/A NO ESTÁ APTO/A

Actividad física comprende las clases de Educación Física / Ejercicios y prácticas deportivas / Juegos con actividad física / Competencias intercolegiales / Viajes de estudio / etc.

En caso de extrema urgencia si fuese necesario hospitalizarlo/a, será conducido/a al Establecimiento de salud de su COBERTURA MÉDICA únicamente con la presencia de PADRE/MADRE/TUTOR y con la credencial correspondiente. En caso contrario, se trasladará hospital público más próximo indefectiblemente.

FECHA/...../.....

Firma y Aclaración de PADRE, MADRE o TUTOR

Firma y Sello Médico c/Matrícula Profesional