



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:



Empty box for medical history description

¿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

Antecedentes de intervenciones quirúrgicas a la fecha:



Empty box for surgical history

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.

AGUDEZA VISUAL

¿Usa anteojos? SI - NO



Valores de agudeza VISUAL: -----

Firma y Sello Oftalmólogo c/Matrícula Profesional

CONTROL AUDITIVO

Evaluación otorrinolaringológica y audiometría



-----

Firma y Sello Otorrinolaringólogo c/Matrícula Profesional

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

Cualquier modificación/actualización de los datos precedentes durante el curso escolar debe ser informada al Establecimiento.