



## FICHA MÉDICA 2025

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ CURSO/GRADO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ FACTOR: RH \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE SALUD

¿Tiene alguna enfermedad que necesite periódicamente tratamiento o control médico?	SI .....	NO .....	¿Cuál? .....
¿Padece alguna alergia?	SI .....	NO .....	¿Cuál? .....
¿Recibe algún tratamiento?	SI .....	NO .....	¿Cuál? .....
¿Recibe alguna medicación en forma habitual?	SI .....	NO .....	¿Cuál? .....
¿Presenta alguna limitación física para realizar Educación Física?	SI .....	NO .....	¿Cuál? .....
¿Tiene antecedentes de? (marcar lo que corresponda)	Diabetes		
	Problemas cardíacos		
	Epilepsia		
	Asma		
	Convulsiones		
	Patologías Óseas		
Otros: _____			

#### IMPORTANTE:

**En caso que sobreviniera una de las patologías anteriormente descritas deberá informar a la brevedad a la Institución por medio de un certificado médico.**

### AUTORIZACIÓN DE PADRES

En mi carácter de padre, madre, tutor o encargado del alumno/a....., autorizo a que, en caso de accidente, mi hijo/a sea atendido por el Servicio de Emergencias contratado por la Institución y a ser, en caso necesario y si los médicos así lo indicaran, trasladado/a al Hospital más cercano.

Lugar y Fecha:.....

\_\_\_\_\_  
Firma padre, madre, tutor o encargado

Aclaración. \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN MÉDICA

Certifico que el niño/a ..... de ..... de edad, se encuentra apto para realizar ejercicios físicos acorde a su sexo y edad, durante el ciclo lectivo.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional

FECHA: