

## FICHA INDIVIDUAL MÉDICA 2019



SEÑORES PADRES: ESTA FICHA DEBE SER COMPLETADA POR UN FACULTATIVO  
Y ENTREGARSE DURANTE LA PRIMER SEMANA DE CLASE A LOS PROFESORES DE ED. FISICA

## 1. APARATO RESPIRATORIO

Alérgico	SÍ - NO	Asma bronquial	SÍ - NO	Sinusitis	SÍ - NO
----------	---------	----------------	---------	-----------	---------

Otros:

## 2. APARATO CARDIOVASCULAR

Palpitación	SÍ - NO	Disritmia	SÍ - NO	Soplo Funcional	SÍ - NO
-------------	---------	-----------	---------	-----------------	---------

Grupo Sanguíneo :

Resultados electrocardiograma

## 3. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

SÍ - NO

¿Cuáles?

## 4. EPILEPSIA

SÍ - NO

## 5. ALTERACIONES AUDITIVAS

SÍ - NO

## 6. ALTERACIONES VISUALES

SÍ - NO

## 7. ENFERMEDADES ENDÓCRINAS

SÍ - NO

## 8. ASPECTO POSTURAL

SÍ - NO

Pie Valgo SI - NO

Pie Plano SI - NO

Lordosis SI - NO

Cifosis SI - NO

Otros:

## 9. OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS NO DETALLADOS ( DETALLAR ) :

Por la presente CERTIFICO que el alumno.....DNI N° .....que  
ha sido atendido en la fecha , se encuentra APTO para realizar actividades físicas y acuáticas durante todo el año.

Apellidos y nombres del médico

Sello

Firma del médico

Lugar:.....

Fecha .... / .... / .....

Fecha de revisión médica.....

SIN LA FICHA MEDICA, EL ALUMNO NO PODRÁ ASISTIR A EDUCACIÓN FÍSICA Y/O SALUD EDUCATIVAS DENTRO DEL  
RADIO DE LA INSTITUCION (10 CUADRAS A LA REDONDA) CON LAS CONSECUENCIAS ADMINISTRATIVAS Y  
PEDAGÓGICAS CORRESPONDIENTES.

Autorizo a mi hijo/a a realizar EDUCACIÓN FÍSICA los lugares y los días que determine el Instituto General Belgrano.

FECHA:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO:

CURSO:

FIRMA DEL RESPONSABLE :

ACLARACIÓN :