

FICHA INDIVIDUAL MÉDICA 2020



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 EDUCACION FÍSICA Y/O SALIDAD 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 FISICA los lugares y los días que determine el Instituto General Belgrano.

FECHA: _____

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO: _____

CURSO: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE : _____

ACLARACIÓN : _____