

# FICHA MÉDICA DE EDUCACIÓN FÍSICA

Apellido y Prenombres

A) Se encuentra padeciendo:	( indicar con "X" por SÍ o por NO)	SI	NO
Procesos inflamatorios o infecciosos			
B) Padece alguna de la siguientes enfermedades			
• Metabólicas: Diabetes		.....	.....
• Cardiopatías congénitas		.....	.....
• Cardiopatías infecciosas		.....	.....
• Hernias inguinales, crurales		.....	.....
• Asma		.....	.....
• Hemofilia		.....	.....
• Epilepsia		.....	.....
C) Ha padecido en fecha reciente:			
• Hepatitis (60 días)			
• Sarampión (30 días)			
• Parotiditis (60 días)			
• Varicela (60 días)			
• Mononucleosis infecciosa (30 días)			
• Esguinces o luxaciones (60 días)			
D) Eres alérgico ?.....A qué?.....			
Hay algún dato que considere importante consignar con respecto a lo anterior?.....			
.....			
.....			
E) Alguna otra situación particular determinada por el médico.....			
.....			
.....			

El que suscribe, responsable parental del alumno antes mencionado, toma conocimiento y se notifica que el mismo realizará actividad física, con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a edad y sexo, conforme a los contenidos curriculares vigentes y se compromete a notificar a las autoridades del establecimiento educativo y presentar el certificado correspondiente cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas anteriormente u otra que a su criterio imposibilite al alumno a realizar actividad física.

Firma:

Aclaración:

## ANEXAR APTO MEDICO