



INSTITUTO INMACULADA CONCEPCIÓN A-86
Mario Bravo 563 (C1175ABI) Ciudad autónoma de Bs. As,
TE: 4862-1635

**POR FAVOR COMPLETAR EN SU TOTALIDAD Y EN LETRA DE IMPRENTA
HACER FIRMAR AL MEDICO EL CERTIFICADO DE SALUD QUE FIGURE AL PIE**

Ficha Médica
Ciclo lectivo **2025**

- Debe ser realizada a partir del mes de Enero de 20
- La actividad de Educación Física se iniciara a comienzo del año lectivo 20 aquellos alumnos que no presenten esta certificación antes de dicha fecha no podrán realizar actividad y se les consignará como ausente, hasta su presentación.

Datos particulares:

Apellido y nombre:

Tipo de documentoNº

Fecha de nacimiento Edad

Domicilio

Grado/Año División

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre y apellido Tel.:

Nombre y apellido Tel.:

Nombre y apellido Tel.:

SR. MEDICO:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.
Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia y para la práctica de Educación Física y de actividad deportiva.

FICHA MÉDICA:

DATOS BÁSICOS Y FUNDAMENTALES

Grupo sanguíneo: _____

Peso actual: _____

Estatura actual: _____

Ha tenido o tiene ahora (indique con SI o NO)

Asma bronquial: _____

Úlcera gastroduodenal: _____

Fiebre reumática: _____

Díabetes: _____

Enfermedades cardíacas: _____

Convulsiones: _____

Tuberculosis: _____

Vértigos o mareos: _____

Dolor de cabeza severo: _____

Problemas emocionales: _____

Hernias: _____

Hipertensión arterial: _____

Otra enfermedad seria: _____

Padeció (indique SI o NO)

Apendicectomía: _____ Traumatismo de cráneo: _____

Transfusiones: _____ Traumatismos columna: _____

Fracturas: _____ Otros accidentes importantes: _____

Otra operación seria: _____

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación? (indique SI o NO)

Ojo, nariz, garganta: _____

Tórax, pulmones, corazón: _____

Cabeza, cuello: _____

Abdómen, estómago, intestinos: _____

Sistema urinario: _____

Músculos, huesos: _____

Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos: _____

Piel: _____

Si su contestación es afirmativa, explique: _____

¿Toma algún medicamento en forma regular: _____

¿Cuál?: _____ ¿En que dosis? _____

Diagnóstico: _____

CERTIFICADO DE SALUD (MEDICO)

En mi carácter de Médico, certifico la aptitud física del alumno para realizar actividades físicas y natación de acuerdo a su edad para el ciclo lectivo 20

Firma: _____ Aclaración: _____

Sello del médico: _____ Fecha: _____

PADRE, MADRE O TUTOR

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.
En mi carácter de madre, padre o tutor.

(poner SI o NO)

_____ autorizo a mi hijo/a a participar de las clases de Educación Física y Natación

Firma y aclaración: _____

DNI: _____

Fecha: _____