



ESCUELA DE JUGADORES - FICHA MÉDICA DE ALUMNOS

Presentar al administrativo durante la primera semana del inicio de clases.

• A LLENAR POR LOS PADRES

NOMBRE Y APELLIDO: _____ EDAD: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ DNI: _____
DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____
COLEGIO: _____ GRADO/CURSO: _____
OBRA SOCIAL: SI - NO NOMBRE: _____

1. CALENDARIO DE VACUNACIÓN:

Completo para su edad SI NO

2. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES: SI NO

¿Cuáles? _____

3. Examen oftalmológico ¿Se ha realizado? SI NO

¿Usa anteojos? SI NO

4. Otra información a tener en cuenta y que se considere relevante para desarrollar el proceso de enseñanza y de aprendizaje (problemas de audición, motricidad, medicación, tratamiento psicológico, etc.) _____

Declaro que las respuestas que anteceden se ajustan a la verdad y no he omitido información alguna.

Salta, ____/____/2019

Firma y aclaración del padre, madre o tutor

• A LLENAR POR EL MÉDICO

PESO _____ TALLA _____ SOBREPESO: SI NO
TRATAMIENTOS MÉDICOS PERMANENTES Y/O ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI NO
APARATO RESPIRATORIO: Auscultación: _____ Frecuencia respiratoria: _____
APARATO CARDIOCIRCULATORIO: Auscultación: _____ Presión arterial: _____
APARATO DIGESTIVO: _____ SISTEMA OSTEOARTICULAR: _____
¿TUVO CIRUGÍAS? : SI NO ¿Cuál/es? _____
¿TIENE ANTECEDENTES CONVULSIVOS?: SI NO
EDUCACIÓN FÍSICA Se encuentra apto/a para realizar Educación Física: SI NO
Observaciones: _____

Salta, ____/____/2019

Firma y sello del médico

SALUD BUCAL Buena _____

En tratamiento _____

Salta, ____/____/2019

Firma y sello del odontólogo