



FICHA – CONTROL DE ANTECEDENTES DE SALUD

(Para ser completado por un profesional de la salud)

Apellido y Nombres:.....

D.N.I. N°: Grupo Sanguíneo:.....RH:.....

Curso al que se inscribe:..... Obra Social:.....

Médico de Cabecera:.....

TELÉFONOS PARA UBICACIÓN DE FAMILIARES:

MADRE:.....

PADRE:.....

TUTOR:.....

1- ¿Es alérgico? SI NO ¿a qué?.....

2- ¿Padece algún problema en la visión? SI NO ¿cuál?.....

3- ¿Usa anteojos recetados? SI NO - ¿De contactos? SI NO

4- ¿Padece algún impedimento físico que no le permite realizar Educación Física?

SI NO – Cuál?.....

5- ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

* Diabetes:

* Epilepsia

* Cardíacas

* Asma

* Problemas de Presión

* Hernias

• Otra/s:.....

En caso afirmativo de uno de los ítems, presentar Historia Clínica y certificado extendido por el médico de cabecera antes del 31/03/20____

.....

Firma y Sello del profesional

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

(Presentar a parte BUCO DENTAL)

IMPORTANTE

SE CONSIDERA INSCRIPTO AL ALUMNO QUE HAYA PRESENTADO TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA