


DATOS PERSONALES:

NOMBRE (S):.....
 APELLIDOS (S):.....
 SEXO:.....FECHA DE NACIMIENTO:.....
 DOMILICIO:.....
 TELEFONO:.....

ANTECEDENTES PERSONALES:

Mareos-Cefalea-Asma-Dolor precordial-Palpitaciones-Convulsiones-Falta de aire-Síncope
 (DURANTE LA PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA)

.....

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre o Madre con afección cardiaca, hipertensión arterial, diabetes, obesidad antes de los 55 años.....

.....

Muerte súbita en la familia:.....

.....

EXAMEN FISICO

PESO:.....

ALTURA:.....

EXAMEN CARDIOVASCULAR:

PULSO:.....

P. ART.:.....

AUSCULTACION:.....

EXAMEN RESPIRATORIO:

F.R.:.....

AUSCULTACION:.....

TRANSTORNOS ORTOPEDICOS:.....

.....

TRANSTORNOS NEUROLOGICOS:.....

.....

TRANSTORNOS METABOLICOS:.....

.....

¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO EN LA ACTUALIDAD? (COLOCAR FECHA)

.....

ALERGIAS CONOCIDAS: SI..... NO..... MEDICAMENTOS:.....
OTROS:.....

MEDICAMENTOS QUE HABITUALMENTE TOMA PARA LA FIEBRE O DOLOR:.....
.....DOSIS.....

¿AUTORIZA UD. QUE SUMINISTREN ESTOS MEDICAMENTOS EN EL COLEGIO?
(Si los tienen)

¿EXISTE ALGUNA ENFERMEDAD QUE LIMITE SU ACTIVIDAD FISICA? (ESPECIFICAR)

¿EXISTE ALGUNA ENFERMEDAD QUE LIMITE SU ACTIVIDAD NORMAL A CLASES?
(ESPECIFICAR)

OTRAS OBSERVACIONES:

En el momento actual, certifico que:.....
De.....años de edad, el examen pediátrico no presenta impedimento alguno, salvo si
existiere patología no detectable por la evaluación clínica, para efectuar actividad física formativa
y deportiva recreativa, según edad y nivel de aptitud física, en condiciones climáticas
confortables, bajo supervisión del profesor/a de Educación Física.

NOMBRE DEL MEDICO:.....
REGISTRO PROFESIONAL N°:.....
TELEFONO:.....
FIRMA:.....
FECHA:.....

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR:

FIRMA:.....
TELEFONO:..... N° CELULAR:.....

EN CASO DE URGENCIAS LLAMAR A:.....
TELEFONOS:.....
LLEVAR A ALGUN SANATORIO DE PREFERENCIA:.....
(De su seguro médico particular)
