



## INFORMACIÓN DE SALUD

### 1 DATOS DEL ALUMNO

Nombres y Apellido: .....

Año: ..... Sección: ..... Turno: .....

### 2

#### a. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico:

NO ( ) SI ( ) ¿Cuál? .....

Enfermedades o antecedentes cardiovasculares:

NO ( ) SI ( ) ¿Cuál? .....

Durante los últimos tres años fue internado alguna vez:

NO ( ) SI ( ) ¿Por qué? .....

#### b. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIAS?

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones .....

La alergia se debe a: ..... No sabe ( )

¿Recibe tratamiento permanente? NO ( ) SI ( )

### 3 TRATAMIENTOS

Recibe tratamiento médico: SI ( ) NO ( ) Especifique .....

Quirúrgicos: SI ( ) NO ( ) Edad: ..... Tipo de cirugía: .....

¿Presenta alguna limitación física?: SI ( ) NO ( )

Aclaración: .....

Otros problemas de salud: .....

Nombre y Apellido del Padre o Tutor: ..... DNI: .....

## CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FÍSICAS

Certifico que ..... DNI: .....

de ..... años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a las ..... horas y aparece en condiciones de realizar actividades propias de la educación física escolar curricular y deportivas-recreativas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

OBSERVACIONES: .....