



<b>EDUCACIÓN FÍSICA</b>	
<b>FICHA DE SALUD 2024</b>	
Nombre y Apellido:	Nacionalidad:
Dirección:	Fecha de nacimiento: ...../...../..... Grupo Sanguíneo:
Tipo y Nº de Documento:	Teléfono:
Responsables a cargo:	Teléfono particular
Correo Electrónico:	Teléfono celular

**Antecedentes de enfermedad: (Marque con una cruz lo que corresponda)**

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI  NO

.....

¿Durante los últimos tres años fue internado/a alguna vez? SI  NO

¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? SI  NO

En caso afirmativo describa sus manifestaciones:.....

.....

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

¿Recibe tratamiento permanente? SI  NO

**Tratamientos**

¿Recibió o recibe tratamiento médico por alguna enfermedad prolongada o crónica? SI  NO

Especifique:.....

.....

¿Qué medicamentos toma?.....

¿Quirúrgicos? SI  NO  Edad: ..... Tipo de cirugía: .....

Otro problema de salud: .....

Obra Social a la cual pertenece: ..... Nº de afiliado: .....

Avisar a familiares: Nombre y Apellido: .....

Teléfonos: .....

Certifico los datos del Informe de Salud

Apellido y nombres de los Responsables .....

Firma y Aclaración .....

**EN CASO DE URGENCIA EL ALUMNO/A SERÁ TRASLADADO AL HOSPITAL DE VICENTE LÓPEZ**