

## FICHA MEDICA 2025

Apellido y Nombre: .....  
Fecha de Nacimiento: .../.../....      Edad: .....      DNI N° .....  
Domicilio: .....  
Grado/ Curso: .....      Turno: .....  
Telefono: .....

GRUPO SANGUINEO: .....

ANTECEDENTES	SI	NO
SE ENCUENTRA PADECIENDO: -Diabetes -Alergias -Tratamientos psicológicos..... -Otros.....		
HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE -Cirugías, enfermedades crónicas, otras. Indique cual..... -SARS-CoV-2 (Indique la fecha )		
ALGUNA OTRA SITUACION PARTICULAR DETERMINADA POR EL MEDICO Indique cual/es.....		
TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE Indique cual/es.....		
POSEE COBERTURA MEDICA Indique cual.....		

### ESTUDIOS CLINICOS GENERALES PARA EDUCACION FISICA

PESO       TALLA       TENSION ARTERIAL

Examen Cardiovascular: .....  
Alguna otra situación particular determinada por el medico .....

**ESTA APTO PARA REALIZAR EDUCACION FISICA**    SI     NO

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

.....  
Firma y sello del cardiólogo

Manifiesto que cualquier modificación en el estado de salud del alumno informado en la presente ficha médica, será notificado a la institución para su actualización en el legajo del mismo.

.....  
Firma del padre o tutor

**ALUMNOS INGRESANTES A MATERNAL, 1º GRADO, 1º AÑO E INGRESANTES DE OTRA INSTITUCION ADJUNTAR :**

**- FONOAUDILOGIA Y AUDIOMETRIA**