

# FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Buenos Aires, de de 2012

**INSTITUTO PRIVADO "ESCUELA CANGALLO" A-174 D.E.Nº 1**

Apellido y Nombre:	Nº DNI:
Fecha de Nacimiento:	Grado/Año:
Domicilio:	División:
Teléfono:	Turno:
Teléfonos/celulares alternativos:	

## ANTECEDENTES

<b>A</b>	<b>Frecuencia cardíaca:</b> <b>Tensión arterial:</b> <b>Peso:</b> <b>Altura:</b>		
<b>B</b>	<b>Padece alguna de las siguientes enfermedades:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	▪ Metabólicas (diabetes)		
	▪ Cardiopatías		
	▪ Respiratorias		
	▪ Hernias		
	▪ Alergias		
	▪ Dificultades de la visión		
	▪ Dificultades auditivas		
	▪ Desviaciones de columna		
<b>C</b>	<b>Alguna otra situación particular determinada por el médico. ¿Cuál?:</b>		
<b>D</b>	<b>¿Toma medicamentos en forma permanente?:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Indique cual/es:		
	<b>TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS</b>		

<b>POSEE COBERTURA MÉDICA:</b>
¿Cuál?
Nº de afiliado:
Domicilio:
Teléfono:

**El alumno se encuentra apto para realizar Educación Física**

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del padre y/o madre

\_\_\_\_\_