



INSTITUTO SAN MARTIN
Profesorado de Educación Física
EDUCACION SUPERIOR
DIEGEP N° 3347

FICHA MÉDICA

IMPORTANTE: Los datos precedentes tienen carácter de declaración jurada. Es importante informar a las autoridades, toda afección o estado orgánico o funcional, transitorio o definitivo que constituya un riesgo para la vida del/de la estudiante en la práctica de la actividad física.

Datos personales (completa el/la estudiante)

Apellido y nombres:
DNI:.....Fecha de nacimientoEdad.....
Domicilio: Localidad:
TEL: de línea: Celular.....
Obra social:N° Afiliado:

Datos Médicos (completan los/as profesionales de la salud)

EXAMEN CLÍNICO

Talla Peso Grupo Sanguíneo/RH:
Alergias (Sí / No) , cuál/es:
Intervenciones quirúrgicas (Sí / No) , cuál/es:
Lesiones (Sí / No) , cuál/s:
¿Toma medicación? (Sí / No) , cuál/es: Motivo
¿Tiene asma? Sí / No ¿Fuma? Sí / No
¿Consume bebidas alcohólicas? Sí / No ¿Toma psicofármacos?: Sí / No cuál/es:
¿Usa algún tipo de lentes? Sí / No ¿Debe utilizarlos en situaciones deportivas y al aire libre? Sí / No
Evaluación RX de tórax – Normal: Sí / No Obs:
Evaluación de análisis clínicos- Valores Normales: Sí / No Obs:
Calendario de vacunas obligatorias completo: Sí / No Completar:.....

Apto para realizar actividad física: Sí / No

Fecha:.....

Firma y sello médico/a clínico

EXAMEN CARDIOLÓGICO

T.A.: Parámetros normales: Sí / No
Electrocardiograma: Parámetros normales: Sí / No
Ergometría: Parámetros normales: Sí / No
Otras afecciones:

Apto para realizar actividad física: Sí / No

Fecha:.....

Firma y sello medico cardiólogo/a



INSTITUTO SAN MARTIN
Profesorado de Educación Física
EDUCACION SUPERIOR
DIEGEP N° 3347

EXAMEN BUCO-DENTAL

Presenta alguna enfermedad Si / No ¿Cuál?.....

¿Requiere tratamiento? Si / No ¿Cuál?.....

Apto para realizar actividad física: Si / No

Fecha:

Firma y sello odontólogo/a

EXAMEN FONOUADIOLÓGICO

¿Presenta alguna patología? Si / No ¿Cuál?.....

¿Requiere tratamiento? Si / No ¿Cuál?.....

Apto fonaudiológico: Si / No

Fecha:

Firma y sello fonaudiólogo/a

Declaro bajo juramento que los informes médicos detallados anteriormente son auténticos como así también las firmas de los/as profesionales actuantes. Asimismo, informo los datos de las personas a las cuales se puede llamar en caso de urgencia:

Nombre y Apellido	Parentesco	Teléfono
1.		
2.		

PASOS A SEGUIR EN CASO DE ACCIDENTES GRAVES

1. Se llamará a la ambulancia del servicio de emergencia contratado por la Institución.
2. Si hiciera falta un traslado, se efectuará donde indique el servicio de emergencia.
3. Se llamará de inmediato a la persona consignada con el N° 1 en esta ficha.
4. En el caso de no conseguir establecer comunicación, se llamará a la persona consignada con el N° 2.

Autorizo al personal docente de ISM a trasladarme al hospital público más cercano, por intermedio de ambulancia, ante la eventualidad de que requiera atención médica inmediata.

Firma del/de la estudiante:

Aclaración de la Firma

DNI