

Ficha de Salud

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE.....
 DOCUMENTO.....AÑO/CURSO.....
 FECHA DE NACIMIENTO.....EDAD.....SEXO.....
 DOMICILIO.....LOCALIDAD.....
 CEL.....TELÉFONO FIJO.....

TIENE COBERTURA MÉDICA: SI/NO CUÁL.....N° AFILIADO.....
 MÉDICO DE CABECERA: SI/NO NOMBRE DEL MÉDICO.....CEL.....

DATOS DE CONTACTO DE LA MADRE, PADRE Y/O ADULTO RESPONSABLE:

MADRE.....CEL.....
 PADRE.....CEL.....
 ADULTO RESPONSABLE.....CEL.....

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ

	SI	NO		SI	NO
Asma			Varicela		
Cardio infecciosas			Diabetes		
Sinusitis			Rubeola		
Hepatitis (60 días)			Reumatismo		
Bronquitis			Escarlatina		
Sarampión (30días)			Meningitis		
Otitis u otro problema auditivo			Esguinces o luxaciones (60 días)		
Tos convulsa			Convulsiones		
Mononucleosis infecciosa (30 días)			Problemas alimentarios		
Tuberculosis			Cardiopatías congénitas		
Problema visual			Paperas		
Resfríos			Covid		

	SI	NO
Pérdida de conciencia al realizar actividad física		
Problemas de coagulación		
Alérgico, en caso de si ¿A que?		
Padece actualmente alguna enfermedad, en caso de si ¿Cuál?		
Hace o hizo tratamiento psicológico		
Tiene contraindicación de efectuar alguna actividad física, en caso que si ¿Cuál?		

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	SI	NO
¿Cuál/cuáles?		
Traumatismos y/o fracturas		

