

INFORMACIÓN DEL ALUMNO/A

Nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Grupo sanguíneo: _____ Genero: _____

Obra Social: _____ Teléfono: _____

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
01	Cardiovascular es		
	- Cardiopatías congénitas		
	- Arritmias		
	- Hipertensión arterial		
02	Endocrino-metabólicas		
	- Obesidad		
	- Diabetes		
03	Respiratorios		
	- Asma		
	- Broncoespasmos		
	- Laringitis recurrente		
04	Neurológicos		
	- Convulsiones o epilepsia		
	- Trastorno del espectro autista		
	- Trastorno de la conducta		

Nº	ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO
05	Alergia s		
	- Medicamentos		
	- Insectos		
06	Gastrointestinales		
	- Celiaquía - Alergias o intolerancia a alimentos		
07	Lesione s		
	- Fractura o luxación - Lesión ligamentosa		
08	Otras enfermedades crónicas o de base		
09	Medicación de uso habitual		
10	Vacunación completa		

11. ¿Tuvo COVID-19? SÍ NO

12. ¿Está vacunado para COVID-19? SÍ NO

13. ¿Tuvo Dengue? SÍ NO

14. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesaria para el personal médico y docentes a cargo:

.....

CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FÍSICAS

Certifico que , DNI N°
de años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente
en el día de la fecha, y aparecen condiciones de realizar actividades físicas, recreativas /
deportivas, que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Firma y sello del
Profesional Médico

Firma, aclaración y
DNI del Tutor/a

Fecha: