



Nivel Curso División Turno

Apellido y nombres

Datos de contacto Teléfono principal Teléfono móvil Teléfonos alternativos

Edad Cobertura médica

Grupo sanguíneo Factor N° de afiliado Teléfonos de urgencias

¿Actualmente padece algún proceso inflamatorio o infeccioso? NO SI Detalle

¿Padece alguna de estas enfermedades?

Diabetes NO SI De qué tipo

Cardioopatías congénitas NO SI Respiratorias (broncoespasmo) NO SI

Cardiopatías infecciosas NO SI Hernias inguinales o crurales NO SI

Alergias NO SI De qué tipo; a qué

¿Ha padecido, en fecha reciente, alguna de estas enfermedades?

Hepatitis (en los últimos 60 días) NO SI Mononucleosis infecciosa (últimos 30 días) NO SI

Sarampión (en los últimos 30 días) NO SI Esguinces o luxaciones (últimos 60 días) NO SI

Parotiditis (en los últimos 60 días) NO SI

Alguna otra situación particular determinada por el médico. ¿Cuál?

¿Toma medicamentos de manera permanente? NO SI ¿Cuáles?

¿Ha sido internado/a alguna vez? NO SI ¿Por qué motivo?

¿Ha sido intervenido/a quirúrgicamente? NO SI ¿Por qué motivo?

¿Está apto/a para realizar educación física? NO SI ¿Tiene las vacunas actualizadas? NO SI

Firma y matrícula del médico

Firma del padre/madre

Aclaración

Fecha

Aclaración