Buenos Aires,…….de ………………de 2019

* **CERTIFICADO DE APTO FISICO:**

Certifico haber examinado a:……………………………………………………………………………………

quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas de acuerdo a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Irlandés.

OBSERVACIONES: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

**Firma y Sello del Médico**

* **CERTIFICADO BUCO –DENTAL:**

Dejo constancia que ……………………………………………………………………….de ………………..años de edad.-

Presenta un estado Bucal:

**Bueno Regular Malo**

OBSERVACIONES: ………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………

**Firma y sello del Odontólogo**

* **CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL:**

Dejo constancia que …………………………………………………………..de…………años, presenta un estado visual:

BUENO………………………………………

SIN CORRECCIÓN OD……………………………/10

OI……………………………/10

CON CORRECCIÓN OD………………………… /10

OI…………………………. /10

OBSERVACIONES:………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………

**Firma y sello del Médico Especialista**

**FICHA MÊDICA de SALUD- AÑO 2019**

**Datos Personales:**

Apellido y Nombre: …………………………………………………………………..Nivel/año……………………………….

Fecha de Nacimiento:…………………………………..Edad:…………..DNI:……………………………………………..

DOMICILIO

Dirección:………………………………………………….Localidad:…………………………….C.P.:……………………….

Teléfono: …………………………………………………Teléfonos alternativos……………………………………………..

**DATOS FAMILIARES:**

Responsable Parental: ………………………………………………………………………………………………………

E-mail:………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Cobertura Médica:**

La escuela cuenta con cobertura médica de Emergencia. En caso de necesidad de traslado, enumere los lugares de preferencia:

a)……………………………………………………………………………………..

b)……………………………………………………………………………………..

c)……………………………………………………………………………………..

Obra Social/Seguro de Salud/Medicina Prepaga:………………………………. Socio Nº:……………… …………….

**Enfermedades que padece o padeció (marcar con una cruz)**

Sarampión Escarlatina Tos Convulsa Reumatismo Epilepsia

Varicela Bronquitis Otitis Celiaco Hepatitis

Paperas Asma Escoliosis Diabetes Cardiopatía

Rubeola Sinusitis Hernias Meningitis Problemas Neurológicos

**Otras…………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Antecedentes de Interés**

Operaciones………………………………………………………………………………………………………………………………………

Traumatismos/ Fracturas:…………………………………………………………………………………………………………………..

¿Es alérgico?....... ¿A què?:………………………………………………………………………………………………………………….

¿Cómo lo Evita?.......................................................................................................................................

¿Tiene problemas de Coagulación?.................... ¿Toma alguna medicación?..............................................

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?..............................................................................

Otras……………………………………………………………………………………………………………………..

**Grupo Sanguíneo: Factor:……………………..RH:………………**

**Medidas Antropomèdicas: Peso………………Talla:…………….**

**…………………………………………………………………**

**Firma y Aclaración de los Responsables Parentales**