



## FICHA PERSONAL DE SALUD | NIVEL SECUNDARIO

### DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRE:..... CURSO.....

DOMICILIO..... DNI.....

TEL/CEL..... FECHA DE NACIMIENTO.....

OTRO TELÉFONO.....

EDAD..... PESO..... TALLA..... GRUPO SANGUINEO..... FACTOR.....

OBRA SOCIAL.....

HOSPITAL PARA TRASLADO DE URGENCIA.....

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.....

### MARQUE CON UNA CRUZ SI ES PROPENSO A:

BAJA PRESIÓN..... CARDIOPATIAS..... ASMA..... DESMAYO..... ALTA PRESIÓN.....

¿ES ALÉRGICO? SI – NO ¿A QUE? .....

SI ES ALÉRGICO A ALGUNA MEDICACIÓN.....

OPERACIONES.....

SEÑALE SI TOMA ALGUNA MEDICACIÓN .....

SEÑALE TODO AQUELLO QUE CONSIDERE SIGNIFICATIVO PARA TENER EN CUENTA

.....

### ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO

DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD DE MI HIJO/A..... A LOS..... DÍAS DEL MES DE..... DEL AÑO..... AUTORIZÁNDOLO POR LA PRESENTE A REALIZAR LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA, COMPROMETIÉNDOME A INFORMAR CUALQUIER NOVEDAD SOBRE LA SALUD DE MI HIJO/A (ENFERMEDADES, GOLPES, ESGUINCES, ETC).

**AUTORIZO A MI HIJO/A a ser asistido/a por la emergencia médica **CARDIO** y a ser trasladado/a en caso necesario.**

-----  
FIRMA PADRE, MADRE  
TUTOR

-----  
ACLARACION

-----  
D.N.I