

FICHA MÉDICA

A. Datos personales

Apellidos y Nombres:

Edad: Grado o curso:

Sexo: Fecha de Nacimiento:/...../.....

Grupo sanguíneo:..... Factor:.....

B. Antecedentes personales

Datos	Sí	No	Causas - Motivos
Síncope			
Mareos			
Cefalea			
Asma			
Alergia			
Palpitaciones			
Dolor precordial			
Convulsiones			
Falta de aire			
Vacunación completa			
Antitetánica			Fecha...../...../.....
Problemas óseos			
Otros			

C. Antecedentes familiares

	Padre	Madre	Hermanos
Diabetes			
Hipertensión Arterial			
Enfermedad Cardíaca			
Obesidad antes de los 55 años			
Muerte súbita de algún familiar			
Otros			

D. Datos del examen médico

Peso	
Talla	
Altura	
Presión arterial	
Frecuencia respiratoria en reposo	
Frecuencia respiratoria en actividad	

Marcar lo que corresponde:
 El alumno es apto para realizar toda clase de ejercicios físicos.

 El alumno NO es apto para realizar toda clase de ejercicios físicos.

Observaciones:

.....

.....
Firma y sello médico