

Informe de Salud

1) Datos del Alumno

Nombre y Apellido:Curso:

Fecha de Nacimiento: .../.../.... Edad: DNI Obra Social:

Dirección: e-mail:

Teléfonos:

- En caso de emergencias llamar a: Parentesco:
- Madre:
- Padre:
- Otros: Parentesco:

2) Antecedentes Médicos Generales

RH: Uso actual de medicamentos:

Hospitalizaciones: Cirugías:

Enf. Crónicas (diabetes):

Alergias medicamentos, insectos, alimentos):

Antecedentes de enfermedades graves/recientes:

- | | SI | NO |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Hepatitis (60 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sarampión (30 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Varicela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tos convulsa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | SI | NO |
| • Mononucleosis infecciosa (30 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Escarlatina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Paperas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• Procesos inflamatorios o infecciosos

• Problemas neurológicos

Detalle de las respuestas afirmativas:

Señale actividades que el menor no pueda realizar por prescripción médica (adjuntar la misma):

3) Antecedentes Cardiorespiratorios

Dolor precordial durante el ejercicio:

Enf. Cardiovasculares en familiares de primer grado < 50 años:

Síncope durante o después del ejercicio:

Arritmias:

Soplo cardíaco:

Enfermedad de Marfán:

Hipertensión arterial:

Síndrome de QT largo:

Miocardiopatía:

Valvulopatía:

Síndrome de Brugada:

Asma:

Hipercolesterolemia:

Muerte súbita en familiares de primer grado < 50 años:

4) Antecedentes Osteomusculares

Escoliosis, cifosis:

Hernias de disco:

Fracturas (determine la/las fechas):

Hernias inguinales/crurales:

Esguinces (determine la/las fechas):

Luxaciones:

Lesiones ligamentarias:

Lesiones meniscales:

Lesiones musculares:

Lesiones tendinosas:

Plantillas, tobilleras (o cualquier otro elemento externo requerido):

5) Otros Antecedentes Importantes

Órgano único (riñón, testículo, ojo):

Celíaco:

Traumatismo de cráneo:

Órgano funcionalmente único:

Epilepsia:

Golpe de calor:

Convulsiones:

Uso de suplementos:

6) Examen Cardiovascular

Frecuencia cardíaca:

Tensión arterial:

Auscultación:

Electrocardiograma (adjuntar, con su respectivo informe médico):

7) Examen del Aparato Respiratorio

8) Apto Físico

Certifico haber examinado a quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a la edad.

Para ser presentado ante las autoridades del Liceo Naval Militar “Almirante Guillermo Brown”.

Lugar y Fecha: ,/...../.....

MÉDICO
Sello y Firma

9) No Apto Físico Transitorio (aclarar período y causa):
.....

Lugar y Fecha: ,/...../.....

MÉDICO
Sello y Firma

10) No Apto:

Lugar y Fecha:, .../.../....

MÉDICO
Sello y Firma

Declaro que los datos consignados en la presente ficha tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos informados en caso de variar alguno de ellos.

Firma (padre, madre o tutor):

Aclaración:

D.N.I. :

