

EVALUACIÓN FÍSICA DEL ALUMNO/A

HISTORIA:

APELLIDO Y NOMBRES.....

FECHA DE NACIMIENTO...../...../..... EDAD.....

DOMICILIO TELEFONO/CELULAR.....

CURSO.....DIVISIÓN.....

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR:

NOMBRE:.....RELACIÓN:.....TEL./CELULAR.....

OBRA SOCIAL:.....N° DE AFILIADO.....

GRUPO SANGUINEO:.....

Conteste SI o NO a las siguientes preguntas. Si opta por el SI amplie la respuesta en		SI	NO
OBSEVACIONES o ADJUNTE CERTIFICADO MÉDICO			
1	¿Padece de alguna enfermedad crónica actual?		
2	¿Alguna vez ha sido hospitalizado por más de una noche?		
3	¿Está actualmente tomando algún medicamento prescripto o no por el médico?		
4	¿Está actualmente usando algún inhalador?		
5	¿Padece algún tipo de alergia?		
6	¿Algún familiar a muerto por problemas cardíacos o ha tenido ataques antes de los 50 años?		
7	¿Alguna vez el médico le ha prohibido o restringido la participación en los deportes por alguna causa o problema?		
8	¿Alguna vez ha tenido traumatismo de craneo con lastimaduras o contusiones?		
9	¿Alguna vez ha tenido convulsiones?		
10	¿Tiene tendencia a toser, faltarle el aire o tener problemas respiratorios durante la actividad física?		
11	¿Padece Asma?		
12	¿Tiene problema de la visión? ¿Usa anteojos o lentes de contactos?		
13	¿Tuvo alguna enfermedad infecto – contagiosa? (hepatitis u otras similares)		
14	¿Alguna vez ha sufrido fracturas o luxaciones?		
15	¿Y de lesiones musculares (desgarros)?		
16	¿Tiene el Plan de Vacunas completo?		
17	¿Tiene Diabetes?		
18	¿Es Celíaco?		
19	¿Está bajo tratamiento médico?		
20	¿Tiene alguna dificultad motriz?		
21	¿Padece de sobrepeso u obesidad?		
22	¿Padece de soplos cardíacos?		
23	Requiere acompañamiento ESCOLAR ESPECIAL		

OBSERVACIONES.....

FIRMA DEL FAMILIAR A CARGO.....

ACLARACIÓN.....

D.N.I.....

CORONDA.....de.....202.....