



## Ficha Médica

Nombre del alumno \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia notificar a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

## Información Médica

Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_  
Presión Arterial \_\_\_\_\_ Fc \_\_\_\_\_  
Talla \_\_\_\_\_ Peso Corporal \_\_\_\_\_  
De acuerdo a la edad su peso está:  Excedido  Faltante  
\_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_  
Tipo Tratamiento

1.-Aparatos médicos que usa (Ortopédicos, ortodóncico, lentesde contacto, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.-Intervenciones Quirúrgicas \_\_\_\_\_

3.-Enfermedad(es) crónica(s) \_\_\_\_\_

4.-Medicamentos recibidos de forma permanente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes Hereditarios y familiares \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Referencia médica

Médico particular que atiende regularmente a la Familia:  
\_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Considera apto al alumno para practicar actividades deportivas  
acorde a su edad: Sí  No

En caso de que la respuesta sea NO especifique porqué. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de los Pápas o Tutor Nombre y Firma del Médico Fecha de Elaboración \_\_\_\_\_