



Apellido y Nombres del alumno/a:

D.N.I.:

Grupo Sanguíneo y factor:

**Ha sufrido:** Hepatitis:  Apendicitis:  Fracturas:   
(Especificar ubicación):  
Insuficiencia cardíaca:  Insuficiencia renal:

**Enfermedades que padece y/o a las que es propenso:** Asma:  Resfríos:  Desmayos:  Enuresis:  Convulsiones:

**Afecciones:** Oído:  Naríz:  Ojos:  Garganta:  Intestinales:  Gástricas:

**Otras:** Epilepsia:  Diabetes:  Alergias:

Agente:

Alimentos que no puede ingerir:

Medicamentos que no puede recibir:

Está vacunado contra el tétanos:  ¿Es apto para realizar actividades físicas acordes a su edad?:

En caso de enfermedad o accidente, avisar a:

Domicilio:  Tel:  Cel:

Firma y sello del médico:

Datos al: (consignar fecha)

**Evaluación cardiológica:**  
Electrocardiograma

Firma y sello del cardiólogo: