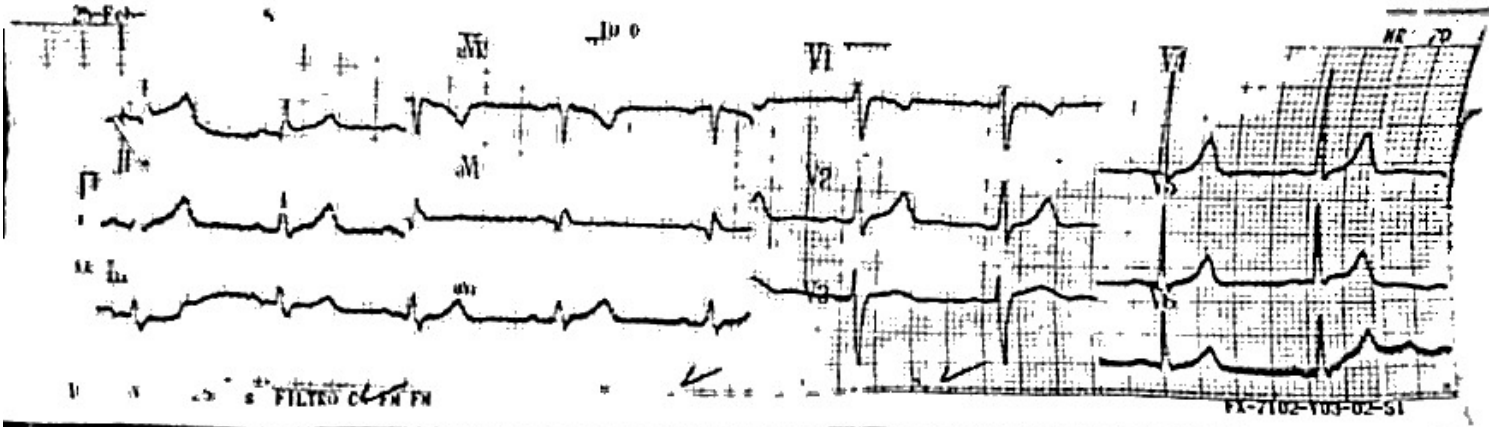

¿Tiene alguna enfermedad que necesite de atención y/o tratamiento médico periódico? SI / NO ¿Cuál? [redacted]

¿Fue internado durante los últimos tres años? SI NO Motivo .....

¿Posee alguna afección Pulmonar? ¿Cuál?..... ¿Es alérgico/a? SI NO A que.....

¿Recibe tratamiento? SI NO ¿Cuál?.....

¿Tiene alguna limitación física? SI NO ¿Cuál?.....

Intervenciones Quirúrgicas.....no.....Hernias: SÍ / NO.....

¿Su alimentación es variada? SI NO ¿Diabetes? SI NO.....

¿Ha padecido Hepatitis A o B? SI NO ¿Cuál?.....Sarampión, Rubéola, Mononucleosis, Varicela, Escarlatina

Afecciones Genito Urinarias.....no.....

EXÁMEN TRAUMATOLÓGICO

Peso..65,9.. Altura..1,65..Problemas de columna y/o pies ¿Cuál? ....28..... Escoliosis, Lordosis o Cifosis

Abdomen..... Óseo -Articular..... Desarrollo Muscular..... Tono Muscular..... Reflejos.....

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Usa Lentes SÍ / NO Observaciones.....MIOPIA 20/20.....

EXÁMEN BUCODENTAL

Faltan Piezas Dentarias SÍ / NO Observaciones.....

Caries SÍ / NO Observaciones.....no.....

Necesita tratamiento odontológico SÍ / NO Observaciones.....no.....

En el día de la fecha el alumno puede realizar Actividad Física acorde a su salud y condición Física

SÍ / NO

ACLARACIONES

1) Sin perjuicio de los términos de esta evaluación, resulta imprescindible que los padres o tutores de los alumnos procuren realizarle controles periódicos a los efectos de detectar cualquier tipo de patología que pueda generarse o surgir en el futuro.
2) La presente información actúa como declaración jurada de salud y manifiesto que los datos proporcionados son verídicos y no oculto ninguna información a los profesionales.
3) La siguiente evaluación de salud autoriza o no a los alumnos a realizar actividad física acorde a su edad, condición física y contenidos curriculares educativos. La siguiente ficha médica no es válida para ser presentada en actividades Deportivas Profesionales o Amateurs.
4) Queda asentado que en le día de la fecha la persona ha sido revisada.

DR. JHOSIMAR GALEAN
Médico
M.P.: 336738

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

Firma y Sello Profesional

x FLORES VICTOR FABIAN

Firma y Aclaración de los Padres o Tutor