



EDUCACIÓN FÍSICA	
FICHA DE SALUD 2026	
Nombre y Apellido:	Nacionalidad:
Dirección:	Fecha de nacimiento:/...../..... Grupo Sanguíneo:
Tipo y Nº de Documento:	Teléfono:
Responsables a cargo:	Teléfono particular
Correo Electrónico:	Teléfono celular

Antecedentes de enfermedad: (Marque con una cruz lo que corresponda)

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI NO

.....

¿Durante los últimos tres años fue internado/a alguna vez? SI NO

¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? SI NO

En caso afirmativo describa sus manifestaciones:.....

.....

La alergia se debe a: No sabe

¿Recibe tratamiento permanente? SI NO

Tratamientos

¿Recibió o recibe tratamiento médico por alguna enfermedad prolongada o crónica? SI NO

Especifique:.....

.....

¿Qué medicamentos toma?.....

¿Quirúrgicos? SI NO Edad: Tipo de cirugía:

Otro problema de salud:

Obra Social a la cual pertenece: Nº de afiliado:

Avisar a familiares: Nombre y Apellido:

Teléfonos:

Certifico los datos del Informe de Salud

Apellido y nombres de los Responsables

Firma y Aclaración

EN CASO DE URGENCIA EL ALUMNO/A SERÁ TRASLADADO AL HOSPITAL DE VICENTE LÓPEZ