



**FICHA DE SALUD – Nivel secundario - 2024**  
(a completar por los profesionales de la salud).

**A) CERTIFICADO DE APTO FÍSICO:**

Certifico haber examinado a:..... quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas de acuerdo a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Irlandés.

OBSERVACIONES:.....

.....  
**Firma y Sello del Médico**

**B) CERTIFICADO BUCO - DENTAL:**

Dejo constancia que .....de .....años de edad.-

Presenta un estado Bucal: **BUENO - REGULAR - MALO** (Marcar lo correcto)

OBSERVACIONES:.....

.....  
**Firma y Sello del Médico**

**C) CERTIFICADO DE AGUDEZA VISUAL:**

Dejo constancia que.....de.....años, presenta un estado visual:

BUENO **SI - NO**

SIN CORRECCIÓN	OD..... /10
	OI..... /10
CON CORRECCIÓN	OD..... /10
	OI..... /10

OBSERVACIONES:.....

.....  
**Firma y Sello del Médico**



Ficha de salud (a completar por el responsable del alumno)

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Apellido y Nombre: ..... Nivel: .....
Fecha de Nacimiento: ..... Edad: ..... DNI: .....
Dirección: ..... Localidad: ..... C.P.: .....
Teléfono: .....

DATOS FAMILIARES:

Responsable 1 : .....
E-mail: .....
Responsable 2 : .....
E-mail: .....

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (MARCAR CON UNA CRUZ)

Table with 6 columns: Disease name, SI, NO, Disease name, SI, NO. Rows include SARAMPIÓN, VARICELA, PAPERAS, RUBEOLA, ESCARLATINA, BRONQUITIS, ASMA, SINUSITIS, EPILEPSIA, HEPATITIS, TOS CONVULSA, OTITIS, ESCOLIOSIS, HERNIAS, REUMATISMO, CELIAQUIA, DIABETES, MANINGITIS, CARDIOPATIA, PROBLEMAS NEUROLÓGICOS.

OTRAS: .....

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones..... Traumatismos/
Fracturas:.....
¿Es alérgico?..... ¿A qué y cómo lo puede evitar o tratar?:.....
¿Tiene problemas de Coagulación?.....
¿Toma alguna medicación?.....
(Diagnóstico).....

Grupo Sanguíneo: Factor:..... RH:.....

Medidas antropométricas: Peso..... Talla:.....

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico/Psicológico/Fonaudiológico/Psicopedagógico/otras? .....

Nombre del profesional y contacto:.....

.....

Firma y Aclaración del responsable