



INSTITUTO EUSKAL-ECHEA (A-35)
NIVEL INICIAL

NOMBRE Y APELLIDO	
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
D.N.I.	FECHA

FICHA MÉDICA

ANTECEDENTES PERSONALES

GRUPO SANGUINEO

FACTOR RH

Tiene el calendario de vacunación al día?

SI

NO

Ha recibido la vacuna antitetánica?

SI

NO

Fecha de aplicación:

Padece alguna enfermedad crónica?

SI

NO

Cuál?

Ha padecido alguna enfermedad o hecho que debamos tener en cuenta?

Está recibiendo algún tipo de medicación

SI

NO

Nombre del medicamento

Manifiesta alergia a algún tipo de medicamento?

Ha tenido:

Hipertensión arterial

Intervenciones quirúrgicas

Hipotensión arterial

Cardiopatías

Disritmias

Asma

Hepatitis

Problemas de coagulación

Convulsiones

Otras enfermedades

Está apto para realizar Educación Física

SI

NO

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a.....DNI.:.....

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades de Instituto Euskal-Echea

FIRMA DE PROFESIONAL

ACLARACIÓN Y Nº DE MATRÍCULA

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

FIRMA DEL PAPÁ Y/O MAMÁ

ACLARACIÓN