

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.		
FIRMA MADRE, PADRE, RESPONSABLE		ACLARACIÓN