



FICHA DE APTITUD MÉDICA (Para la firma del Pediatra de cabecera)

Apellido y Nombres:..... Sala o Grado en 2021.....

Edad:..... DNI:.....

EVALUACION CLINICA

Peso:..... Talla:.....

Grupo sanguíneo:..... Factor RH:.....

Ap.Respiratorio:.....

Ap.Cardiovascular:.....

Ap.Osteoarticular:.....

¿Ha padecido enfermedades infecciosas y metabólicas? SI NO

Cual:.....

¿Es alérgico/a? SI NO

¿A qué?:.....

¿Toma alguna medicación? SI NO

Cual:.....

¿Es alérgico/a a algún medicamento SI NO

Cual:.....

¿Suele sangrar por la nariz? SI NO

Motivo:.....

¿Está realizando algún tratamiento médico? SI NO

Cual:.....

¿Alguna situación particular determinada por el médico? SI NO

Cual:.....

¿Convivo con una persona que actualmente es caso confirmado COVID-19? SI NO

¿Pasé en los últimos 14 días al menos 15 minutos cerca de una persona que actualmente es caso confirmado COVID-19? SI NO

Certifico que el/la niño/a se encuentra
Apto/a para realizar actividad física.

.....
Firma del Médico responsable

.....
Aclaración – Sello - Matrícula