



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

Apellido y Nombres:..... Sala o Grado en 2020.....

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:.....

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

.....  
Firma del Médico responsable

.....  
Aclaración – Sello - Matrícula