



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

Apellido y Nombres:..... Sala o Grado en 2018

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? SI NO

¿A qué?:.....

¿Toma alguna medicación? SI NO

Cual:.....

¿Es alérgico 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 para realizar actividad física.

.....
Firma del médico responsable

.....
Aclaración – Sello - Matrícula