

MEDICAL FORM

Children Learn What They Live.

*Valid one year

Year: _____

This report is to be completed only by an authorized medical professional. Attach all corresponding reports.

GENERAL DATA			
Last Name: _____		First Name: _____	
Grade: _____	Age: _____	Sex: ☐ Male ☐ Female	
Height: _____ cm	Weight: _____ kg	Blood Type: _____	
Heart Rate: _____		Blood Pressure: _____	
GENERAL HEALTH			
Vision	☐ Good	☐ Recommendation	_____
Hearing	☐ Good	☐ Recommendation	_____
Breathing	☐ Good	☐ Recommendation	_____
Lungs	☐ Good	☐ Recommendation	_____
MEDICATION			
Is any special medicine taken?		Name: _____	
		Dosage: _____	
What kind of medicine is taken for pain?		Name: _____	
		Dosage: _____	
What kind of medicine is taken for fever?		Name: _____	
		Dosage: _____	
ALLERGIES			
Allergies: _____		Medicine: _____	Dosage: _____
Allergies: _____		Medicine: _____	Dosage: _____
FAMILY HISTORY			
Indicate any family illness:			
IMPEDIMENTS			
Do any symptoms or disorders exist that limit or impede regular assistance to class?			
Do any symptoms or disorders exist that limit or impede participation in sports?			
I hereby certify that _____, of _____ years of age, does not show any of the pediatric physical examination, health impairments at the moment, to participate in physical fitness, education, and sports, according to student age and level of physical fitness, under the supervision of the teacher, unless a pathology exists and is currently non-detectable through physical examination.			
PROFESSIONAL MEDICAL DATA			
Physician name: _____		Signature: _____	
Telephone: _____			
Date: _____		Stamp Lic # _____	
EMERGENCY CONTACT INFORMATION			
Name of parents or guardian: _____			
Cellphone: _____			
If unable to contact parents or guardians, please call _____ at _____			
Refer to this hospital: _____			
Does the student have a medical insurance? ☐ Yes ☐ No Company? _____			

VACCINE SERIES

Provide a copy of immunization record and COVID 19 vaccination if applicable.

FICHA MEDICA

Children Learn What They Live.

*Válidez 1 año

Año: _____

El médico es el profesional autorizado para completar esta ficha, adjuntando análisis clínicos correspondientes.

INFORMACIÓN GENERAL			
Apellidos: _____		Nombres: _____	
Grado: _____	Edad: _____	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Altura: _____ cm	Peso: _____ kg	Tipo de Sangre: _____	
Heart Rate: _____	Presión Arterial: _____		
ESTADO GENERAL			
Visión	☐ Bueno	☐ Recomendación	_____
Audición	☐ Bueno	☐ Recomendación	_____
Respiración	☐ Bueno	☐ Recomendación	_____
Pulmones	☐ Bueno	☐ Recomendación	_____
MEDICACIÓN			
¿Toma algún medicamento especial?		Nombre: _____	
		Dosis: _____	
¿Qué medicamento toma para el dolor?		Nombre: _____	
		Dosis: _____	
¿Qué medicamento toma para la fiebre?		Nombre: _____	
		Dosis: _____	
ALERGIAS			
Alergia: _____		Medicamento: _____	Dosis: _____
Alergia: _____		Medicamento: _____	Dosis: _____
ANTECEDENTES FAMILIARES			
Indicar las enfermedades, o patologías significativas en familiares:			

IMPEDIMENTOS			
¿Existe algún síntoma o trastorno que limite o impida su asistencia regular a clase?			

¿Existe algún síntoma o trastorno que limite o impida su participación en deportes?			

En el momento actual, certifico que en el examen pediátrico de : _____			
con _____ años de edad no presenta impedimento alguno, para efectuar actividad física formativa, deportiva y recreativa según edad y nivel de aptitud física bajo supervisión del profesor/a, salvo si existiere patología no detectada al momento de la evaluación clínica.			
DATOS DEL PROFESIONAL MÉDICO			
Nombre del médico: _____		Firma: _____	
Teléfono: _____			
Fecha: _____		Sello Reg Nº _____	
CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre del padre/madre o tutor: _____			
Celular: _____			
En caso de no poder contactar a los padres o tutores favor comunicarse con _____ al _____			
Llevar a algún sanatorio de preferencia: _____			
¿El alumno cuenta con un seguro médico particular? ☐ Si ☐ No ¿Cuál? _____			

VACUNAS

Adjuntar copia de registro de inmunizaciones y de la vacuna COVID si corresponde.