



CURSO ESCOLAR: ____ - ____

FECHA: ____ - septiembre - 2.0__

HOJA PERSONAL DE REGISTRO DE SALUD

ALUMNO o ALUMNA: _____ (CON MAYÚSCULAS, ESCRIBA NOMBRE Y DOS APELLIDOS)			
NIVEL EN EL QUE SE MATRICULA: <input type="checkbox"/> 1º ESO__ <input type="checkbox"/> 2º ESO__ <input type="checkbox"/> 3º ESO__ <input type="checkbox"/> 4º ESO__ <input type="checkbox"/> 1º BCH__ (SEÑALAR CON UNA "X" el recuadro oportuno y escriba la letra de la clase-aula)			
A RELLENAR EN EL CENTRO			
PESO: ____ Kg.	TALLA: ____ cm.	Pulsaciones por minuto en reposo: ____	
HISTORIA DEPORTIVA		SÍ	NO
¿Practica en la actualidad algún deporte de forma regular (2-3 veces a la semana)?			
¿Cuál?			
¿Ha practicado actividades deportivas con anterioridad?			
¿Cuáles?			
¿Tiene alguna enfermedad crónica?			
En caso afirmativo, especifique cuál:			
¿Ha tenido algún desmayo o desfallecimiento con pérdida temporal del conocimiento?			
En caso afirmativo, especifique cuál:			
¿Hay algún motivo que le impida practicar ejercicio físico o que le produzca alguna molestia al practicarlo?			
En caso afirmativo, especifique cuál:			
¿Es diabético?			
¿Tiene ataques convulsivos o epilepsia?			
¿Tiene alguna enfermedad pulmonar? (Asma, bronquitis...)			
En caso afirmativo, especifique cuál:			
¿Tiene algún problema cardíaco o enfermedad del corazón?			
En caso afirmativo, especifique cuál:			
¿Es alérgico/a a algo?			
En caso afirmativo, especifique cuál:			
¿Qué síntomas le provoca?			
¿Toma algún medicamento de forma regular?			
En caso afirmativo, especifique cuál:			
¿Ha tenido alguna lesión de importancia?			
En caso afirmativo, especifique cuál:			
Si desea ampliar cualquiera de las cuestiones anteriores, o bien proporcionar otra información que le parezca interesante para la práctica deportiva de su hijo/a, puede escribirlo en este espacio o al dorso.			

El Departamento de Educación Física recomienda que el alumno/a realice un reconocimiento médico.

Firma del padre, madre o tutor del alumno,

Nombre y apellidos del o la que firma: _____