



FICHA ANTECEDENTES DE SALUD Y APTO FÍSICO

DATOS DEL ALUMNO

FECHA: ____/____/____

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A: _____

SALA-GRADO-AÑO: _____ DIVISIÓN: _____ TURNO _____ N.INICIAL / PRIMARIO / MEDIO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____ DNI: _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD: _____ TELEFONO: _____

GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR: _____

OBRA SOCIAL: _____ NRO DE AFILIADO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

1) _____
 APELLIDO Y NOMBRE, VINCULO, TELEFONO DE CONTACTO

2) _____
 APELLIDO Y NOMBRE, VINCULO, TELEFONO DE CONTACTO

ANTECEDENTES PERSONALES:(ESTOS DATOS DEBERÁN ESTAR REFRENDADOS POR EL MÉDICO DEL ALUMNO/A)

¿PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS O ALTERACIONES?			¿HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE?		
	SI	NO		SI	NO
DIABETES			HEPATITIS (60 DIAS)		
CARDIOPATIAS			SARAMPION (30 DIAS)		
HERNIAS			PAROTIDITIS (30 DIAS)		
EPILEPSIA			MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 DÍAS)		
CONVULSIONES			ESGUINCES, LUXACIONES O FRACTURAS (60 DÍAS)		
DESMAYOS			CIRUGIAS		
ALERGIAS			¿SE ENCUENTRA PADECIENDO?	SI	NO
ASMA			ALTERACIONES EN LA PIEL		
CELIAQUÍA			PROCESOS INFLAMATORIOS		
ORGANIZACIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL			PROCESOS INFECCIOSOS		
VÉRTIGOS/MAREOS			OTRAS SITUACIONES A CONSIDERAR	SI	NO
			TRATAMIENTO PSICOLOGICO Y/O PSICOPEDAGÓGICO		
			EVALUACIÓN AUDITIVA NORMAL		
			AGUDEZA VISUAL ¿USA LENTES?		

ALGUNA OTRA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO _____

OBSERVACIONES _____

¿HA RECIBIDO LAS DOSIS COMPLETAS DE TODAS LAS VACUNAS? SI - NO
SI NO FUESE ASI, JUSTIFICAR POR QUÉ _____

<p>Certifico que DNI _____ de _____ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas.</p> <p>Y SI – NO se encuentra apto para realizar las actividades del Área de Educación Física, siendo las mismas de carácter recreativo, curriculares o extracurriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.</p> <p>Firma y Sello del Médico Interviniente: _____</p> <p>Fecha: _____</p>	<p>Dejamos constancia de que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.</p> <p>Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.</p> <p>Firma del padre/madre o tutor: _____</p> <p>Aclaración: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
---	--