

**FICHA DE SALUD 2021**

Apellido y nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA SE LLAMARÁ AL SERVICIO CONTRATADO POR LA INSTITUCIÓN Y A LOS PADRES Y/O PERSONAS AUTORIZADAS PARA TAL FIN PARA PONERLOS AL TANTO DE LA SITUACIÓN. SI Uds. DESEAN AUTORIZAR A ALGUNA DE ESTAS PERSONAS A RETIRAR A SU HIJO/A EN CASO DE EMERGENCIA, SUS DATOS DEBEN ESTAR DEBIDAMENTE REGISTRADOS EN EL FORMULARIO DE SALIDA.

Apellido y Nombre	Teléfono	Parentesco

LA DECISIÓN DE TRASLADO AL CENTRO ASISTENCIAL SERÁ DEL PROFESIONAL ACTUANTE. EL SERVICIO DE EMERGENCIA ESTABLECERÁ EL CENTRO AL QUE SE ACUDIRÁ.

**ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ALUMNO**

Padece o sufrió en un plazo considerable de tiempo: **(A continuación, marque la opción que corresponda)**

1	PROCESOS INFLAMATORIOS O INFECCIOSOS ¿Cuáles? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2	DIABETES Tipo y medicación: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3	ASMA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4	ENFERMEDADES ALÉRGICAS ¿A qué? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5	EPILEPSIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6	DISRITMIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7	HEPATITIS Tipo: _____ ¿Cuándo? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ¿Cuál? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9	FRACTURAS ¿Cuáles? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10	LESIONES DEPORTIVAS ¿Cuáles? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11	MONONUCLEOSIS- Fecha de alta médica: ___/___/___	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12	USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13	DERMOPATÍAS ¿Cuál? _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
14	CARDIOPATÍAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿Está el/la alumno/a bajo tratamiento médico y/o medicación prolongada?

SI  NO

Detalles relevantes: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información que Ud. considera de importancia sobre la salud de su hijo/a?

SI  NO

Detalles relevantes: \_\_\_\_\_

El personal de instituciones educativas **NO ESTA AUTORIZADO A SUMINISTRAR MEDICAMENTOS**. Si su hijo/a está bajo tratamiento prolongado diríjase a la secretaría de la sección para recibir las instrucciones correspondientes.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica (anverso y reverso) tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de sobrevenir alguna otra particularidad durante el ciclo lectivo 2021.**

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Firma de la madre o tutor: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

### **PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE**

Dejo constancia que: \_\_\_\_\_ DNI N°: \_\_\_\_\_

se encuentra en condiciones adecuadas para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo, contextura física y estadio madurativo. Las actividades se realizarán bajo supervisión de personal idóneo y siguiendo los lineamientos del diseño curricular vigente en la Pcia. de Buenos Aires. (NI: Res. 3161/07, EP: Res 3160-07 y ES: Res 2495/07)

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Sello

\_\_\_\_\_  
Fecha

(En caso de no poder realizar actividad física, presentar junto a este formulario el certificado médico correspondiente.)

Pegar aquí fotocopia del carnet vigente

