



FICHA DE SALUD 2022

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 y/o tratamiento psicopedagógico/ psicológico u otros?

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 secretaria 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 2022.

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