



FICHA DE SALUD 2018

Apellido y nombre del alumno: Curso:

DNI: Fecha de nacimiento: Grupo Sanguíneo:.....

Cobertura Médica: Nº: 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

A continuación marque la opción que corresponda:

Padece o sufrió en un plazo considerable de tiempo:

A) PROCESOS INFLAMATORIOS O INFECCIOSOS SI / NO ¿Cuáles?
.....

B) DIABETES SI / NO Tipo y medicación:
.....

C) ASMA SI / NO

D) ENFERMEDADES ALÉRGICAS SI / NO ¿A qué?
.....

E) EPILEPSIA SI / NO

F) DISRRITMIA SI / NO

G) HEPATITIS SI / NO Tipo: ¿ Cuándo ?

H) INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SI / NO
 ¿Cuál?.....

I) FRACTURAS SI / NO
 ¿Cuáles?.....

J) LESIONES DEPORTIVAS SI / NO
 ¿Cuáles?.....

K) MONONUCLEOSIS SI / NO Fecha de alta
médica.....

L) USA ANTEOJOS O LENTES DE CONTACOS SI / NO

M) DERMOPATÍAS SI / NO ¿Cuál?.....

N) CARDIOPATÍAS SI / NO

Tratamiento/s: (completar según corresponda)

<i>Especialidad</i>	<i>Nombre del Profesional</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Mail</i>
Psicología			
Psicopedagogía			
Fonoaudiología			
Neurología			
Psiquiatría			
Otros			

¿Está el/la alumno/a bajo tratamiento médico y/o medicación prolongada? SI / NO

Indicar cuál, dosis y pautas. Adjuntar la certificación médica.

.....
.....

¿Hay alguna otra información que Ud. considera de importancia sobre la salud de su hijo? SI / NO

Detalles relevantes.....

.....

El personal de instituciones educativas NO ESTA AUTORIZADO A SUMINISTRAR MEDICAMENTOS Si su hijo/a esta bajo tratamiento prolongado dirjase 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 2018.

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 Fotocopia del carnet vigente (anverso y reverso)