

NUEVA ESCUELA ARGENTINA 2000

**FICHA de ANTECEDENTES de SALUD**

Ciclo Lectivo 2020

Apellido y nombre del alumno:.....

Domicilio:.....Tel.....

Sala/Grado/Año:.....Turno:.....Edad:.....

Obra Social/Medicina Prepaga:.....Nº de afiliado:.....

Tel. de la Obra Social:.....Tel. de la Familia:.....

	SI	NO
<b>1) - Mi hijo/a se encuentra padeciendo:</b>		
◆ Procesos inflamatorios o infecciosos.....		
<b>2) - Padece algunas de las siguientes enfermedades:</b>		
◆ Metabólicas: Diabetes:.....		
◆ Cardiopatías: Congénitas.....		
◆ Cardiopatías: Infecciosas.....		
◆ Hernias inguinales, crurales:.....		
◆ Alergias: .....		
¿A qué? .....		
<b>3) - Ha padecido en fecha reciente:</b>		
◆ Hepatitis (60 días) .....		
◆ Sarampión (30 días).....		
◆ Paperas (30 días) .....		
◆ Mononucleosis infecciosa (30 días).....		
◆ Meningitis .....		
◆ Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días).....		
<b>4) - ¿Toma medicamentos en forma permanente?.....</b>		
En caso afirmativo, especifique cuáles:.....		
<b>5) ¿Tiene las vacunas actualizadas?.....</b>		
<b>6) - ¿Tiene la vacuna antitetánica?.....</b>		
Especifique la fecha de vacunación:.....		
<b>7) - ¿Es asmático? .....</b>		
<b>8) - ¿Usa anteojos?.....</b>		
<b>9) - ¿Posee algún problema de audición?.....</b>		

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE / MADRE O TUTOR**

El que suscribe, padre,madre o tutor de:.....

**AUTORIZA a su hijo/a para que:**

**Realice actividad física bajo su responsabilidad**

**Sea asistido, en caso de emergencia, por nuestro servicio de emergencias médicas y, en caso de ser necesario, sea derivado y trasladado a la Institución médica que corresponda.**

.....  
Firma del padre/madre/tutor

.....  
Aclaración de la firma

.....  
Nº de D.N.I.

.....  
Fecha

El alumno/a..... se encuentra en condiciones de realizar actividad física acorde a su edad.

.....  
Firma y Sello del Médico Personal

Observaciones:.....

**Este certificado debe ser entregado hasta 15 días posteriores al inicio de las clases regulares.**