NUEVA ESCUELA ARGENTINA 2000
Vidal 1838 / 1861 Te./Fax 4784-3413 - Sucre 2824/26 Te. 4782-0513
Email:primaria@nea2000.com – jardin@nea2000.com
Página web: www.nea2000.com

FICHA de ANTECEDENTES de SALUD

Ciclo Lectivo 2025

Formulario para que complete la familia del alumno/a y certifique el médico personal

Apellido y nombre del alumno/a:……..

Domicilio:……..Tel……..……..

Grado:…… División:…… Edad:……..……

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

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

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

AUTORIZACIÓN DEL PADRE / MADRE O TUTOR

El/La que suscribe, padre, madre o tutor de:…….
AUTORIZA a su hijo/a para que:

a) Realice actividad física bajo su responsabilidad
b) 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

.....

Firma y Sello del Médico Personal

Observaciones:……