

FICHA de ANTECEDENTES de SALUD
Ciclo Lectivo 2020

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:.....

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?.....

SI NO

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

.....
Firma y Sello del Médico Personal

Observaciones:.....