

FICHA de ANTECEDENTES de SALUD
Ciclo Lectivo 2023

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/LA 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:.....