NUEVA ESCUELA ARGENTINA 2000

FICHA de ANTECEDENTES de SALUD

Ciclo Lectivo.....

Formulario para que completen los padres de los alumnos/as y certifique el médico personal

Apellido y nombre del alumno:……..

Domicilio:……..Tel……

Sala o Grado:……Turno:……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 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:……..