

FICHA de ANTECEDENTES de SALUD
Ciclo Lectivo 2019

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

Apellido y nombre del alumno/a:.....	
Domicilio:.....	Tel.....
Sala o Grado:.....	Turno:..... 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:.....