

NUEVA ESCUELA ARGENTINA 2000

FICHA de ANTECEDENTES de SALUD

Ciclo Lectivo 2019

Apellido y nombre del alumno:.....

Domicilio:.....Tel.....

Sala/Grado/Año:.....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

El alumno/a..... se encuentra en condiciones de realizar actividad física acorde a su edad.

.....
Firma y Sello del Médico Personal

Observaciones:.....

Este certificado debe ser entregado hasta 15 días posteriores al inicio de las clases regulares.