

FICHA de ANTECEDENTES de SALUD
Ciclo Lectivo 2024

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:.....

	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/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:.....