FICHA DE SALUD - Ciclo Lectivo .....

El que suscribe, Padre / Madre / Tutor del alumno .....

..... que cursa .....

en la E.E.S. Nº 4 "Francisco P. Moreno" del distrito La Costa toma conocimiento y autoriza que su hijo / menor en guarda realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Se solicita completar la siguiente información respecto a la ficha de salud

Obra Social:	N° de Afiliado:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

✓ ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

Sí ☐ No ☐ ¿Cuál? .....

✓ Ha padecido en fecha reciente *(tachar lo que no corresponda)*

HEPATITIS (60 días) / **SARAMPIÓN** (30 días)
MONONUCLEOSIS (30 días) / **PAROTIDITIS** (30 días)
ESGUINCE o **LUXACIONES** de tobillo, hombro, etc. (60 días)

✓ Durante los últimos 3 (tres) años ¿fue **INTERNADO** alguna vez?

Sí ☐ No ☐ ¿Por qué? .....

¿Tiene algún tipo de **ALERGIA**? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, describa sus manifestaciones

La alergia se debe a.....

☐ No sabe ¿Recibe tratamiento permanente? Sí ☐ No ☐

¿Se encuentra padeciendo **PROCESOS o INFECCIONES**? Sí ☐ No ☐

TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento **médico**? Sí ☐ No ☐ Especifique:

¿**Quirúrgicos**? Sí ☐ No Edad: Tipo de cirugía:

¿Presenta alguna **limitación física**? Sí ☐ No ☐ Aclaración:

¿Alguna **otra situación determinada por el personal médico**?

NOTA:

En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla, deberá presentarse conjuntamente a este formulario el Certificado Médico que avale la afección consignada indicando si en virtud de la misma el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física.

Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular el responsable del alumno se compromete a informar al establecimiento por medios fehacientes.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados *ut supra*

Continúa al DORSO →

SI EL ESTUDIANTE TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA		
RECURRIR A	Institución: …… Domicilio: ……	
MEDICO	Apellido/s: Calle:	Nombre/s: Celular:
FAMILIAR 1	Apellido/s:	Nombre/s:
	Calle:	Piso / Duplex:
	entre calles:	Localidad:
	Celular:	Teléfono Fijo:
	Parentesco:	
FAMILIAR 2	Apellido/s:	Nombre/s:
	Calle:	Piso / Duplex:
	entre calles:	Localidad:
	Celular:	Teléfono Fijo:
	Parentesco:	

San Bernardo del Tuyú, …… de …… de ……

APELLIDO/S y Nombre/s: .....

D.N.I. ....

Relación con el alumno: **Padre / Madre / Tutor** *(tachar lo que no corresponda)*

Firma .....

ACTUALIZACIONES			
Fecha	Descripción de los cambios	Firma	Aclaración