

**FICHA MÉDICA DEL ALUMNO**

(ROGAMOS COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE Y DEVOLVER A LA BREVEDAD)

NOMBRE Y APELLIDO..... AÑO.....  
 FECHA DE NACIMIENTO ..... DNI ..... EDAD .....  
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES.....  
 TELEFONOS PARA EMERGENCIAS (1) ..... (2) .....  
 OBRA SOCIAL/PREPAGA ..... N° DE AFILIADO .....  
 TELEFONO DE LA MISMA .....  
 GRUPO SANGUÍNEO ..... FACTOR rh ..... ¿Tiene problemas de coagulación? .....

**APTO FÍSICO**

Certifico haber examinado a .....DNI .....  
 Quién se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acorde de su edad.  
 Para ser presentado ante las autoridades del Instituto .....

<b>HA PADECIDO</b>	Sarampión-Varicela-Tos convulsiva-Paperas-Otitis- Bronquitis -Hernias-Sinusitis- Diabetes-Escarlatina-Meningitis-Asma-Problemas neurológicos-Reumatismo- Celíaco-Epilepsia		
<b>SE ENCUENTRA PADECIENDO:</b>	OBSERVACIONES	SI	NO
PROCESOS INFLAMATORIOS			
PROCESOS INFECCIOSOS			
<b>PADECE ENFERMEDADES:</b>			
METABOLICAS: DIABETES			
CARDIOPATIAS CONGENITAS			
SOPLOS CARDIACOS (SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE DE QUE TIPO)			
HERNIAS INGUINALES, CRURALES			
ALERGIAS (SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE A QUÉ)			
BRONQUITIS OBSTRUCTIVAS O ASMA POST EJERCICIO			
<b>HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:</b>			
HEPATITIS (60 DÍAS)			
PAROTIDITIS (30 DÍAS)			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 DIAS)			
ALTERACIONES EN LA ARTICULACIÓN O EN COLUMNA VERTEBRAL (60 DÍAS); SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE.			
ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (60 DÍAS), SI CONTESTA SI ESPECIFIQUE DE QUE TIPO			
ALGUNA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO (SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE)			
ESTÁ EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN PERMANENTE? (SI CONSTESTA SI, ESPECIFIQUE Y ADJUNTE CERTIFICADOS E INDICACIONES)			
¿ES APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA?			
Señalar actividades que el niño no deba realizar exclusivamente por prescripción médica.			
Otras actividades que Ud. crea conveniente hacer			
¿TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS? ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN			

Buenos Aires, del mes de de 2019.

\_\_\_\_\_  
Firma Profesional

\_\_\_\_\_  
Sello aclaratoria y N° Matrícula

LOS QUE SUSCRIBEN, EN PLENA FACULTAD DE LA PATRIA POTESTAD QUE EJERCEN SOBRE SU HIJO/A.....DNI.....LO AUTORIZAN A TRASLADARLO/A A ALGÚN HOSPITAL MUNICIPAL O CENTRO ASISTENCIAL EN CASO DE URGENCIA O ACCIDENTE PARA QUE SEA ATENDIDO, SEGÚN LO REQUIERA EL CASO. RECONOCE QUE LA AUTORIDAD ESCOLAR ADOPTARÁ RESPONSABLEMENTE LAS MEDIDAS QUE CORRESPONDAN PARA EL CUIDADO Y VIGILANCIA DE SU VIDA Y LO LIBERA DE CUALQUIER ACCIÓN LEGAL EN EL SUPUESTO DE ACCIDENTES NO IMPUTABLES A LA MISMA.

DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MEDICO, AUTORIZO A MI HIJO/A A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACIÓN FÍSICA, DÁNDOLE POR NOTIFICADO Y PRESENTANDO CONFIRMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA CÍRCULAR.

FIRMA PADRE/TUTOR ..... ACLARACIÓN.....

FIRMA MADRE.....ACLARACIÓN.....

Declaramos que los datos consignados en la presente ficha tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, nos comprometemos a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

Buenos Aires, ..... del mes de .....de 2019-