

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

FORMULARIO A CUMPLIR POR LOS PADRES DE LOS ALUMNOS

ESTABLECIMIENTO:.....

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ALUMNO:.....

SEXO:.....**EDAD:**.....**CURSO:**.....**GRUPO SANG:**.....

	MARCAR CON X	
	SI	NO
A) Se le aplicaron las vacunas del plan obligatorio:		
B) Se encuentra padeciendo: <ul style="list-style-type: none">• Procesos inflamatorios o infecciosos		
C) Padece alguna de las siguientes enfermedades: <ul style="list-style-type: none">• Metabólicas: Diabetes• Cardiopatías congénitas• Cardiopatías infecciosas• Hernias inguinales•		
D) Ha padecido en fecha reciente: <ul style="list-style-type: none">• Hepatitis (60 días)• Sarampión (30 días)• Parotiditis (30 días)• Mononucleosis infecciosa (30 días)• Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)		
E) Alguna otra situación particular determinada por el médico:.....		

NOTA: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems señalados precedentemente deberá presentar conjuntamente con el 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.

Por la presente autorizo a mi hijo/a a realizar actividades físicas.

Lugar y fecha:.....

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración de firma

- OBRA SOCIAL a que pertenece:.....
- Nº TELÉFONO particular:.....
- Nº TELÉFONO CELULAR:.....
- TELÉFONO en caso de emergencia:.....
- ANTE UNA "EMERGENCIA" indicar lugar de traslado:
HOSPITAL:.....
CLÍNICA PRIVADA:.....