



**FICHA MÉDICA DEL ALUMNO  
2019**

NOMBRE Y APELLIDO..... GRADO .....DIVISION .....

FECHA DE NACIMIENTO ...../...../.....

NOMBRE DEL PADRE / MADRE.....

TELEFONO CASA/ OFICINA .....

TELEFONOS CELULARES .....

OBRA SOCIAL/ PREPAGA..... N° AFILIADO.....

(adjuntar fotocopia del carnet)

GRUPO SANGUINEO.....

	ESPECIFICACIONES	SI	NO
<b>SE ENCUENTRA PADECIENDO:</b>			
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 QUE)			
BRONQUITIS OBSTRUCTIVAS O ASMA POST EJERCICIO )			
<b>HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:</b>			
HEPATITIS ( 60 DIAS )			
PAROTIDITIS ( 30 DIAS )			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA ( 30 DIAS )			
ALTERACIONES EN LAS ARTICULACIONES O EN COLUMNA VERTEBRAL (60 DIAS); SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE.			
ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA (60 DÍAS); SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE DE QUE TIPO.			
ALGUNA SITUACION PARTICULAR DETERMINADA POR EL MEDICO (SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE).			
¿ESTA EN TRATAMIENTO CON MEDICACION PERMANENTE (SI CONTESTA SI, ESPECIFIQUE Y ADJUNTE CERTIFICADOS E INDICACIONES).			
¿TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS?			

FECHA:.....

FIRMA DEL MEDICO: ..... SELLO.....

LA PRESENTE FICHA ESCOLAR SE REALIZO CON EL FIN DE TENER ANTECEDENTES CLINICOS DE IMPORTANCIA DE SU HIJO / A, ES NECESARIO QUE CONTESTE TODOS LOS ESPACIOS (ROGAMOS COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE). ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCION.

ENTREGAR LA CORRESPONDIENTE FICHA EL PRIMER DIA DE CLASE.

**CERTIFICADO DE SALUD 2019**

Por la presente manifiesto que el alumno/a examinado/a resulta clínicamente

“APTO/A” - “NO APTO/A”

para la práctica de Educación Física y Deportes a nivel recreativo y competitivo.  
(tachar lo que no corresponda, en caso contrario carecerá de validez)

FIRMA DEL MÉDICO..... SELLO:

LUGAR Y FECHA: .....

DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MEDICO, AUTORIZO A MI HIJO/A A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACION FISICA, DANDOME POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA FICHA MEDICA.

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR..... ACLARACION.....

CIUDAD DE BUENOS AIRES,..... DE..... DE 2019



NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO .....GRADO .....DIVISION .....

- EN CUMPLIMIENTO DE LA REGLAMENTACION VIGENTE, ME NOTIFICO QUE TODA DERIVACION DISPUESTA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEBE HACERSE A UN HOSPITAL PUBLICO. POR TANTO DE SER NECESARIO, Y CONTANDO EL COLEGIO CON EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS:

AUTORIZO AL MISMO A DERIVAR A MI HIJO/A A UN HOSPITAL PUBLICO (MARCAR UNA CRUZ DONDE CORRESPONDA):

**SI** (EL PADRE/MADRE/TUTOR ACOMPAÑA AL ALUMNO EN EL VEHICULO DESDE EL COLEGIO. SI NO PUEDEN SER LOCALIZADOS, Y EL CASO REQUIERA ATENCION HOSPITALARIA INMEDIATA, UN DIRECTIVO O LA PERSONA QUE ESTE DESIGNE ACOMPAÑARA AL NIÑO).

**NO** EN ESTE CASO ME COMPROMETO A RETIRARLO DEL COLEGIO PARA SU ATENCION BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

- POR LA PRESENTE AUTORIZO A MI HIJO/A A CONCURRIR AL CAMPO DE DEPORTES (SITO EN ROOSVELT Y DOMINGUEZ. VILLA CELINA. PROV. DE BUENOS AIRES) EN LOS DIAS Y HORARIOS QUE LA DIRECCION ESTABLEZCA PARA REALIZAR EDUCACIÓN FISICA Y/O DEPORTES DURANTE EL PRESENTE CICLO ESCOLAR.
- ALUMNOS DE 5º A 7º GRADO: AUTORIZO A MI HIJO/A A CONCURRIR A LAS CLASES DE NATACION EN OLYMPUS SPORT CENTER (SITO EN VICTOR MARTINEZ 63, CABA), LOS DIAS Y HORARIOS QUE LA DIRECCION ESTABLEZCA DURANTE EL PRESENTE CICLO LECTIVO.

LA TOTALIDAD DE LOS DATOS E INFORMACION SUMINISTRADA POR QUIEN SUSCRIBE LA PRESENTE TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA. EL ABAJO FIRMANTE SE COMPROMETE A COMUNICAR AL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER MODIFICACION EN FORMA INMEDIATA Y DE MANERA FEHACIENTE.

**LOS ALUMNOS QUE NO HAYAN ENTREGADO LA FICHA DE SALUD EN TERMINO NO PODRAN PARTICIPAR DE NINGUNA CLASE DE EDUCACION FISICA NI ACTIVIDAD DEPORTIVA NI CONCURRIR AL CAMPO DE DEPORTES Y/O NATATORIO.**

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR..... ACLARACION.....

CIUDAD DE BUENOS AIRES, FEBRERO DE 2019