



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

ALUMNO/A:		EDAD:
D.N.I:		
CURSO:	DIV.:	GRUPO SANGUÍNEO:
DOMICILIO:	TELÉFONO:	
TEL.ALTERNATIVO:	O.SOCIAL:	
Nro. DE SOCIO:	TEL.O.SOCIAL:	

ANTECEDENTES		
	SI	NO
a) Se encuentra padeciendo: Procesos inflamatorios o infecciones.....
b) Padece de alguna de las siguientes enfermedades: Metabólicas: Diabetes..... Cardiopatías congénitas..... Cardiopatías infecciosas..... Hernias Inguinales, crurales..... Alergias.....
c) Ha padecido en fecha reciente: Hepatitis (60 días)..... Sarampión (30días)..... Parotiditis (30 días)..... Mononucleosis Infecciosa (30 días)..... Esguinces o luxaciones de tobillo, rodilla, hombro, o muñeca (60 días).....
d) Alguna otra situación particular detectada por el médico: ¿Cuál?.....
e) Toma medicamentos en forma permanente: Indique cuales:.....
¿SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA?

NOTA:

En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems señalados precedidamente, deberá presentar, conjuntamente con esta ficha, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra incapacitado para efectuar actividad física y el tiempo que deberá eximirse de dicha práctica.

De no encontrarse apto para realizar Educación Física, deberán indicarse las causales de tal recomendación adjuntando el certificado correspondiente, como así también, el término de dicha restricción (Año Lectivo o Ciclo Escolar completo).



Incorporado a la Enseñanza Oficial
Inicial – Primario - Medio

La presente reviste carácter de declaración jurada, siendo responsabilidad de los abajo firmantes la verdad de los datos consignados en la misma.

.....
Firma del Padre/ Madre / Tutor.

.....
Tipo y Número de documento

.....
Aclaración de la firma

En Buenos Aires, a losdías del mes de..... de 20.....

Autorizo a que mi hijo sea trasladado por el servicio médico a un hospital público en caso de emergencia

Firma Aclaración:

COMPLETAR POR EL MÉDICO

Certifico queDNI N°.....

se encuentra apto para realizar actividad física y práctica deportiva en la clase de Educación

Física.

.....
Firma y sello del profesional habilitado
y fecha en que se expide

MUY IMPORTANTE: Este documento carece de validez para la Escuela si no se encuentra firmado por un profesional médico o es acompañado de un certificado de aptitud física emitido por el profesional correspondiente.



FICHA - CLAUSULA LIMITADA DE RESPONSABILIDAD.

Buenos Aires, a los.....días del mes de.....de 20.....

Por la presente, me notifico formalmente de que está **absolutamente prohibido** practicar ejercicios de riesgo o deportes, solo o acompañado, en todas aquellas ocasiones en que no se encuentre el profesor de educación física a cargo del curso en el lugar de clases, gimnasio o campo de deportes.

Atento a la responsabilidad que le pudiera caber a la institución, toda transgresión a esta regla se considerará falta grave para el alumno.

El alumno debe concurrir siempre con el carnet de la Obra Social (si la tuviese) y el D.N.I.

Autorizo a que mi hijo sea trasladado por el servicio médico a un hospital público en caso de **emergencia**. De no encontrarse el padre, madre o tutor, el docente a cargo realizará el traslado del mismo, en su representación.

Si el alumno tuviera que permanecer en el campo de deportes una vez que se haya retirado el micro hasta haber sido evaluado por el servicio médico, permanecerá acompañado por un profesor, y deberá ser retirado por sus padres o un tercero autorizado.

Firmo en conformidad

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor.

.....
Firma del alumno.

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Nº de Doc.

.....
Nº de Doc.

Curso:.....Div:.....