



FICHA DE SALUD
NIVEL PRIMARIO – SECUNDARIO

APELLIDO Y NOMBRE..... Curso:
 DNI: FECHA DE NACIMIENTO:
 DIRECCIÓN..... LOCALIDAD.....
 GRUPO Y FACTOR SANGUINEO:

En caso de urgencia durante la actividad escolar, llamar a:
 Apellido y nombre..... Teléfonos.....
 Apellido y nombre..... Teléfonos.....
 Apellido y nombre..... Teléfonos.....

¿Tiene o tuvo alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
 SI..... NO..... ¿Cuál?.....

¿Durante los últimos tres años fue internado y/u operado?
 SI..... NO..... ¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia?
 SI..... NO..... La alergia se debe a:
 Describa sus manifestaciones.....
 ¿Recibe tratamiento? - ¿cuál?

¿Presenta alguna limitación física?
 SI..... NO..... ¿Cuál?.....
 Otros problemas de salud:

¿Presenta el calendario oficial de vacunación al día?
 SI..... NO..... En caso de NO se debe hacer consulta médica
 Vacuna Antitetánica: Si..... – No..... Fecha de la última aplicación:

OBSERVACIONES: Indique aquí aquella información que crea Ud. necesaria que los docentes a cargo de su hijo tengan en cuenta:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**. El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

En caso de ser necesario el **traslado o la derivación de un alumno**, se hará al centro asistencial determinado por el **Médico actuante**. Los padres, tutores o responsables deberán asistir al mismo una vez notificados y tomar las decisiones que consideren adecuadas en cuanto a la atención, diagnóstico y tratamiento.

Autorizo a mi hijo/hija a realizar actividad física en el ámbito escolar, con esfuerzo cardiovascular acorde a su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes.
 Firma del padre/madre o tutor.....
 Aclaración..... DNI.....
 Lugar y fecha:.....

(para ser completado por el médico, con fecha del año en que cursa).

El paciente..... de años de edad se encuentra apto/a de realizar actividades físicas escolares y deportivas, según su edad, sexo y constitución física.

FECHA Y FECHA: FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO (n° mat)

- En caso de no poseer el APTO MÉDICO, deberán presentar la ficha de salud y un certificado médico donde indique diagnóstico y la fecha hasta la cual no podrá realizar actividad física.