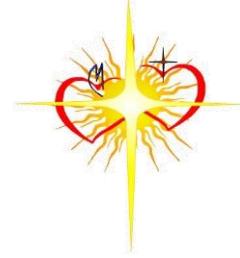


Asociación de los Hermanos de Nuestra Señora de la Misericordia



Instituto Educacional Argentino
Nuestra Señora de Luján A-61
Nivel Medio
CUE 020059400
Cochrane 2371 1419
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Distrito Escolar 16



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD - NIVEL MEDIO ACTUALIZACIÓN

(DI-2019-32847417-DGEGP-Anx.III)

IMPORTANTE

- Este examen de aptitud física es **OBLIGATORIO**.
- Estará a cargo del médico designado por la familia.
- Sólo se utilizará este formulario. **NO SE ACEPTARÁ OTRA FICHA o CONSTANCIA.**
- Debe ser presentado **en ORIGINAL y acompañado por 1 fotocopias.**
- El profesional llenará todos los casilleros o escribirá "S/P" cuando no exista novedad.
- Deben figurar claramente los **DATOS PROFESIONALES** del profesional médico.
- Aclarar si se entregan exámenes complementarios.

La presente ficha debe ser entregada **INDEFECTIBLEMENTE** dentro de la **PRIMERA SEMANA DE COMENZADAS LAS CLASES**, caso contrario no podrá realizar actividad física computándosele las ausencias correspondientes.

Fecha en que se confecciona la ficha:

Nombre y Apellido del/a alumno/a:

Curso:

Fecha de nacimiento del/a alumno/a:

Documento Tipo y N°:

Médico pediatra/de familia:

Teléfono de contacto:

Cobertura médica (indicar "salud pública" si no tiene cobertura de salud privada)

Plan: N° Afiliación:

En caso de emergencia comunicarse con:

Parentesco:

Teléfono/s de contacto:

INFORMACIÓN GENERAL

Grupo sanguíneo:

Peso KG:

Estatura:

Vacunación completa: **SI / NO** (Incluye HPV)

Consigne a continuación si el/la estudiante presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad?	SI / NO	DESDE:
		MOTIVO:
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en el último año?	SI/NO	DETALLAR:

¿Ha sido internado/a o sufrido lesiones de consideración en el último año?	SI/NO	DETALLAR:
¿En el último año ha sido intervenido/a quirúrgicamente?	SI/NO	DETALLAR:
¿Toma alguna medicación?	SI/NO	Motivo/Descripción: Fecha estimada de inicio del tratamiento: Dosis/Administración:
¿Tiene contraindicado algún medicamento?	SI/NO	DETALLAR:
¿Existe alguna actividad que por razones de salud no pueda realizar?	SI/NO	DETALLAR:
¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del/a alumno/a que corresponde notificar?	SI/NO	DETALLAR:

OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro/a hijo/a son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del Ciclo Lectivo y/o si variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

FECHA, FIRMA, ACLARACIÓN y DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LOS PROGENITORES:

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que _____, DNI _____, de ___ años de edad, habiendo sido examinado/a clínicamente y realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física, sean las mismas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extracurriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

FECHA:

FIRMA y SELLO MÉDICO INTERVINIENTE

TELÉFONO DE CONTACTO