

INSTITUTO "COMPAÑÍA DE MARIA A- 145"
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Apellido y Nombre:.....
 Curso:.....División.....D.N.I.....Edad:.....
 Fecha de Nacimiento:.....Estatura.....Peso.....
 Domicilio:.....Localidad:.....C.P.....
 T.E:.....CELULAR:.....
 Servicio de Emergencia: SI NO Nombre de la Empresa.....
 Obra Social / Pre Paga:.....N° afiliado:.....T.E:.....
 Teléfonos Alternativos (especificar a quienes pertenecen)
 1)APELLIDO Y NOMBRE.....T.E:.....
 2)APELLIDO Y NOMBRE:.....T.E:.....

Se encuentra padeciendo	SI	NO
Metabólicas : diabetes		
Cardiopatías congénitas		
Procesos Inflamatorios o Infecciosos		
Cardiópatas Infecciosas		
Hernias inguinales, crurales		
Alergias		
Hipertensión arterial		
Hipotensión arterial		
Asma bronquial		

Se encuentra padeciendo	SI	NO
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Traumatismos		

OTROS (especificar).....

¿Presenta alguna limitación física? SI NO ¿Cuál?.....

¿Lo inhabilita para realizar alguna actividad especial? SI NO ¿Cuál?.....

¿Debe cumplir alguna dieta especial? SI NO ¿Cuál?.....

¿Recibe tratamiento médico? SI NO ¿Cuál?.....

¿Lleva consigo alguna medicación para ser usada en situaciones especiales? SI NO

¿Cuál? ¿Para qué?

Otros comentarios:.....

CERTIFICO QUE :.....

Se encuentra en condiciones de salud para realizar Educación Física, participar en encuentros deportivos y en las actividades propias de los Viajes de Estudio.

Los datos consignados en la presente ficha revisten carácter de declaración jurada y es responsabilidad exclusiva de padres, tutores o personas a cargo del alumno informar por escrito cualquier circunstancia que modifique esta declaración.

.....
 Firma y Sello del Médico

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

Aclaración de firma:.....

D.N.I:.....

Lugar y fecha:.....

ENTREGAR ORIGINAL Y UNA COPIA