



Ficha de Salud 2019

INSTRUCTIVO PARA SU CONFECCIÓN Y PRESENTACIÓN.

1. Informe de Salud y Aptitud Física (pag 1 y 2):

La completan y firman los padres con carácter de declaración jurada. Adjuntar en hoja aparte fotocopia del carnet de la Obra Social.

2. Constancia Médica (pag. 3):

La completa y firma el profesional médico

NOTAS:

- **Ambos, Informe de Salud y Aptitud Física y Constancia Médica deberán ser entregados el primer día de clases.**
- **Alumnas de sala de 5 años y de 1o año de la escuela primaria: deberán adjuntar certificados de control oftalmológico, odontológico y auditivo, acompañados por el informe de los especialistas correspondientes.**
- **La alumna que no haya presentado esta documentación no podrá participar de las clases prácticas de Educación Física a partir de la segunda semana de clases.**
En el caso del nivel secundario, se le computará inasistencia por cada clase a la que no concurra.
En el caso del 2º ciclo del nivel primario (4º, 5º y 6º años), realizará trabajos escritos que serán evaluados y su calificación será tenida en cuenta para la nota trimestral.



Ficha de Salud 2019

Apellido y nombre de la alumna:

T.E: Domicilio:

Edad: Año y División: DNI N°

Apellido y Nombre de la madre:

Tel.Laboral: Celular:

Apellido y Nombre del padre:

Tel. Laboral: Celular:

1. ANTECEDENTES

~ ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO ¿Cuál?

~ ¿Recibe periódicamente algún tipo de medicación?

SI NO ¿Cuál y en qué dosis?

~ ¿Recibe algún otro tipo de tratamiento?

SÍ..... NO..... ¿Cuál?.....

~ ¿Tiene alguna alteración visual?

SI..... NO..... ¿Cuál?.....

~ ¿Tiene alguna alteración auditiva?

SI NO ¿Cuál?

~ ¿Fue internada alguna vez?

SI..... NO..... ¿Por qué?.....

~ Antecedentes quirúrgicos:

..... Tipo de Cirugía:.....
.....

~ ¿Tiene algún tipo de alergias?

SÍ..... NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones

La alergia se debe a:

~ ¿Presenta alguna limitación física?

NO..... SI..... ¿Cuál?.....

(En caso afirmativo, presentar certificado médico del especialista con las indicaciones correspondientes)



Ficha de Salud 2019

~ Otros problemas de salud

~ Vacunas al día

SÍ NO

SI LA ALUMNA TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA RECURRIR A:

Institución:.....

Dirección:..... Tel:.....

Cobertura Médica: No Socio:.....

(adjuntar fotocopia del carnet)

Médico:

Apellido y Nombre..... Tel:

Avisar a Familiar:

Nombre y Apellido:..... Tel:.....

Nombre y Apellido:..... Tel:.....

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.

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

.....
Aclaración

.....
Lugar y fecha

NOTA:

LAS ALUMNAS DE SALA DE 5 AÑOS Y 1o AÑO DE LA ESCUELA PRIMARIA DEBERÁN ADJUNTAR A LA PRESENTE CERTIFICADOS DE CONTROL OFTALMOLÓGICO, ODONTOLÓGICO Y AUDITIVO ACOMPAÑADOS POR EL INFORME DEL ESPECIALISTA CORRESPONDIENTE.



Ficha de Salud 2019

APTITUD FISICA ESCOLAR - INFORME DE SALUD 2019

Apellido y nombre de la alumna:

Nivel (Inicial / Primario / Secundario):

Año y División / Sala y Turno:

(PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO)

CONSTANCIA MÉDICA

La alumna se encuentra apta para realizar, con esfuerzo cardiovascular, de acuerdo con su edad y sexo:

- Actividad física escolar
- Encuentros recreativos (a partir de 4º año EP)
- Torneos escolares (a partir de 4º año EP)

SI..... NO.....

Si presenta algún impedimento indicar cuál:

.....
.....
.....

La alumna ha cumplimentado el calendario de vacunación correspondiente a su edad

SI..... NO.....

Observaciones:.....
.....

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y sello del médico