



Instituto Sagrado Corazón – A-93-Incorporado a la enseñanza oficial

Sacerdotes del Sagrado Corazón de Jesús de Betharram

California 3018- Capital Federal – (CP 1285) – TE: 4301-0142/1734/9375 –

web: sagradobarracas.wordpress.com; email: sagradobarracas@educ.ar

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD – ACTUALIZACIÓN

Nombre y Apellido del alumno/a: _____ Año y División: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: _____ Médico Pediatra/de familia: _____

Teléfono de contacto: _____

Cobertura Médica: _____ Plan: _____ Número Afiliado: _____

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

(Lugar – Dirección – Teléfono) _____

(Lugar – Dirección – Teléfono) _____

(Lugar – Dirección – Teléfono) _____

En caso de Emergencia comunicarse con:

1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto) _____

2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto) _____

INFORMACIÓN GENERAL

• Grupo Sanguíneo _____ Factor RH _____. Peso: _____ kg. Estatura: _____ cm.

• ¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO
Desde (fecha) _____ Motivo: _____

• ¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad? SI NO
Detallar: _____

• ¿Ha sido Internado o sufrido lesiones de consideración en el último año? SI NO
Detallar: _____

• ¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO
Detallar: _____

• ¿Toma alguna medicación? SI NO
Motivo: _____ Descripción: _____

Fecha estimada inicio del tratamiento: _____ Dosis: _____ Administración: _____

• ¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO
Detallar: _____

• ¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO
Detallar: _____

• ¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar?
Especificar: _____

OBSERVACIONES

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

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, 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 que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha: _____

Firma del adulto responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de _____.

Certifico que _____ DNI _____ de _____ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando 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 la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma y sello del Médico Interviniente:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono de contacto: