

INSTITUTO CABRINI (A-290)
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD 2023

Apellido y Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 DNI: _____ Edad: _____ Curso: _____ Grupo y Fac. Sanguíneo: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ T.E.: _____
 Obra Social/Prepaga _____ Nº de Afiliado: _____ T.E.: _____
 En caso de urgencia avisar a: 1. Nombre y parentesco: _____ T.E.: _____
 2. Nombre y parentesco: _____ T.E.: _____

ANTECEDENTES:		
A) SE ENCUENTRA PADECIENDO:	SI	NO
Procesos inflamatorios o infecciones		
B) PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:		
Metabólicas: diabetes ¿de qué tipo?		
Cardiopatías congénitas		
Cardiopatías infecciosas		
Hernias ¿cuáles?		
Alergias: ¿de qué tipo? ¿a qué?		
Respiratorias - Bronco espasmos		
C) HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:		
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Esguinces o luxaciones de tobillos, hombros, muñecas (60 días)		
D) ALGUNA OTRA SITUACIÓN PARTICULAR ¿CUÁL?		
E) ¿TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE?		
Indique cuáles.		
F) ¿HA SIDO INTERNADO/A ALGUNA VEZ?		
¿Por qué motivo?		
G) ¿RECIBIÓ VACUNA SEGÚN PLAN OBLIGATORIO?		
H) ¿RECIBIÓ VACUNA ANTITETÁNICA?		
I) ¿SE AUTORIZA A SUTURAR EN CASO DE SER NECESARIO?		
CERTIFICADO DE APTITUD:		
<p>Certifico que _____ se encuentra apto/a para la actividad escolar y deportiva correspondientes, con esfuerzos cardiovasculares y respiratorios de acuerdo a su edad, sexo, y tiene a la fecha cumplimentado el plan de vacunación obligatorio. ADJUNTAR A ESTA FICHA LAS FOTOCOPIAS DE VACUNAS ACTUALIZADAS</p>		
_____ FIRMA DEL MÉDICO	_____ ACLARACIÓN Y SELLO	_____ FECHA

En cumplimiento de la reglamentación vigente, me notifico que toda derivación dispuesta por el servicio de emergencias debe hacerse a un hospital público, por tanto de ser necesario **AUTORIZO AL MISMO A DERIVAR A MI HIJO/A:**

(TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

> **SI.** (El padre/madre o tutor acompaña al alumno en el vehículo desde el colegio, si no pueden ser localizados y el caso requiera atención hospitalaria inmediata, un directivo o la persona que éste designe acompañará al niño).

> **NO.** (En este caso me comprometo a retirarlo del colegio para su atención bajo mi exclusiva responsabilidad).

De acuerdo con el dictamen médico, **AUTORIZO A MI HIJO/A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACIÓN FÍSICA**, dándome por notificado y prestando conformidad a todo lo mencionado en esta ficha.

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de Declaración Jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Sin APTO FÍSICO no podrá realizar EDUCACIÓN FÍSICA.

(Se les recuerda que la fecha de entrega de la misma será el 31 de Marzo del corriente año como último plazo.-)

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

ACLARACIÓN

