

INSTITUTO NUESTRA SEÑORA DEL HUERTO
 Av. Independencia 2140
 Ciudad de Buenos Aires



Teléfono: 4942-4585/0583
www.nshuertorincon.edu.ar

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____		EDAD _____
D.N.I.: _____		FECHA DE NACIMIENTO _____
CURSO: _____	DOMICILIO: _____	
TELÉFONO: _____		
TELÉFONO DE EMERGENCIA: _____		
COBERTURA OBRA SOCIAL /PREPAGA: _____		AFILIACION _____
GRUPO _____	FACTOR RH _____	

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES	SI/No	¿CUAL?
Antecedentes Neurológicos (Convulsiones, Epilepsia, Trastornos del Habla)		
Antecedentes Respiratorios (Asma, Bronquitis, Espasmos, otros)		
Antecedentes Cardiológicos (Cardiopatías, Bloqueos , Arritmias, otros)		
Antecedentes Oftalmológicos (Alteraciones visuales, Miopía, Estrabismo, otros)		
Antecedentes quirúrgicos		
Traumatismos, Fracturas, Esguinces, Luxaciones.		
Alergias		
Otros antecedentes		

¿Calendario de vacunación COMPLETO?

SI
NO

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ:

Hepatitis: ¿Cuál?.....	
Meningitis	
Tuberculosis	
Bronquitis	
COVID	
Sarampión	
Varicela	
Paperas	
Tos convulsa	
Diabetes	
Problemas de coagulación	
Celiaquía	
Asma	
Mononucleosis	
escarlatina	
Sinusitis	
Hipoacusia	
Otros	

TEMORES/FOBIAS ¿A qué? _____ ¿Cuál? _____

TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACION ¿Cuál? _____

OBSERVACIONES (Consignar datos que no es ten solicitados en la presente Ficha de Salud y que puedan resultar de interés)

IMPORTANTE:

En caso que sobreviniera una de las patologías anteriormente descriptas deberá informar a la brevedad a la Institución por medio de un certificado médico.

AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA

En mi carácter de padre, madre, tutor o encargado del alumno/a....., autorizo a que, en caso de accidente, mi hijo/a sea atendido por el Servicio de Emergencias contratado por la Institución y a ser (en caso necesario y si los médicos así lo indicaran) trasladado/a al Hospital más cercano.

Declaro que los datos ingresados en la presente Ficha de Salud tiene 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 FISICO no podrá realizar educación física.

Lugar y Fecha:.....

Firma padre, madre, tutor o encargado
Aclaración. _____
D.N.I.: _____

CERTIFICACION MÈDICO (APTO FISICO)

Certifico haber examinado a _____ DNI _____
Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivos acordes a su edad.

Señale las actividades que el/la estudiante deba realizar exclusivamente por prescripción médica.

Buenos Aires ____ de ____ de 20 ____



Firma y sello del médico/ca