



Ficha Médica 2023 (Válido hasta el 31/03/2024)

Autorizo al alumno/a.....que cursa..... (año y división) a realizar actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a la edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares y extracurriculares vigentes.

COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA TODOS LOS ITEMS

A. Se encuentra padeciendo:	NO	SI	Especificar en caso afirmativo
*Procesos inflamatorios infecciosos			

B. Padece alguna de las siguientes enfermedades	NO	SI	Especificar en caso afirmativo
*Metabólicas: diabetes			
Celiaquía			
*Cardiopatías congénitas			
*Cardiopatías infecciosas			
*Hernias inguinales			
*otra (especificar)			

C. Ha padecido en fecha reciente:	NO	SI	Especificar en caso afirmativo
*Hepatitis (60 días)			
*Sarampión (30 días)			
*Parotiditis (30 días)			
*Mononucleosis infecciosa (30 días)			
*Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro, etc. (60 días)			

D. Responder	NO	SI	Especificar en caso afirmativo
¿Tiene problemas respiratorios?			
¿Sufre algún tipo de alergia?			
¿Sufre o ha sufrido convulsiones?			
¿Estuvo o está en tratamiento médico?			
¿Toma alguna medicación habitualmente?			
¿Estuvo o está en tratamiento psicológico?			
¿Estuvo o está en tratamiento psicopedagógico?			
¿Estuvo o está en tratamiento fonoaudiológico?			

Intervenciones quirúrgicas programadas o por accidente:.....

Alguna otra situación determinada por el médico

MEDICINA PREPAGA.....Nº afiliado.....Plan

Médico Pediatra que la/lo atiende.....TEL.....

EN CASO DE SUMA URGENCIA, Y DE NO PODER UBICAR A LOS PADRES, AUTORIZO QUE MI HIJO/A SEA TRASLADADO/A Y ATENDIDO/A EN EL SANATORIO OTAMENDI DE NORDELTA

Nota: **En caso de contestar afirmativamente** alguno de los ítems de la planilla **deberá presentarse**, conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avala la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el/la alumno/a se encuentra capacitado/a o no para hacer actividad física. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular me comprometo a informar por medios fehacientes.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y Sello del Médico



Registro de firmas 2022

Año/División.....

APELLIDO Y NOMBRE del alumno/a (según documento)

.....

Fecha de Nacimiento:...../...../..... DNI..... Nacionalidad.....

TELÉFONOS:

Part.:..... **oficina** madre:..... **cel.** madre:

..... **oficina** padre:..... **cel.** padre:.....

Dirección: Calle.....Nro.:.....Dpto.....

Barrio:.....lote N°.....Localidad.....Cod. Postal:.....

e-mail: madre

padre

En caso de necesidad y no poder ubicar a los padres llamar a: (nombre y apellido, parentesco y TEL):

.....

.....

APELLIDO (de soltera) **Y NOMBRE DE LA MADRE**

.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE

.....

Firma:

Firma:

DNI: N°.....

DNI : N°.....

Firma del alumno/a:

Para mantener actualizados nuestros registros rogamos comunicar dentro de las 24 hs. cualquier cambio en esta ficha: DOMICILIO - TELÉFONO - CELULAR - SALUD - OBRA SOCIAL - MÉDICO - etc.