Michael Ham Memorial College

Ficha Médica 2019 (**Válido hasta el 31/03/2020)**

El que suscribe:…….....…… (Médico), matrícula profesional Nº……, toma conocimiento y autoriza al alumno/a……..……..……que cursa…… (año y división) a realizar actividad física y 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**

*Metabólicas: diabetes			
Celiaquía			
*Cardiopatías congénitas			
*Cardiopatías infecciosas			
*Hernias inguinales			
*otra (especificar)			

C. **Ha padecido en fecha reciente**:

*Hepatitis (60 días)			
*Sarampión (30 días)			
*Parotiditis (30 días)			
*Mononucleosis infecciosa (30 días)			
*Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro, etc. (60 días)			

D. **Responder**

¿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 ……...
……..…

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 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

→

Año/División…..

_____

APELLIDO Y NOMBRE del alumno/a (según documento)

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

House (Red, Blue, Yellow) Completar en caso de ya haber sido adjudicado: …….

Domicilio de la madre: **RECIBIR COMUNICACIONES Y DOCUMENTACION AQUÍ** ☐

Dirección: calle…….……...……Nro.:……piso/Lote: ……. Dto.:…….

Barrio:…...…….……. Localidad……Código:……

TE: Part: …..... oficina:…….…… cel.: ……..…

e-mail:.....

Domicilio del padre: **RECIBIR COMUNICACIONES Y DOCUMENTACION AQUÍ** ☐

Dirección: calle…….……...……Nro.:……piso/Lote: ……. Dto.:…….

Barrio:…..…….……. Localidad……Código:……

TE: Part: …..... oficina:…….…… cel.: ……..…

e-mail:.....

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

……

Por la presente autorizo a mi hijo/a a realizar las lecciones paseo y salidas deportivas organizadas por el colegio.

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

DNI ..... Profesión.....Ocupación .....

Estado civil……..…

FIRMA DE LA MADRE…….....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE .....

DNI ..... Profesión.....Ocupación .....

Estado civil……..…

FIRMA DEL PADRE …….....

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

Médico Pediatra que lo atiende.....TE.....

EN CASO DE SUMA URGENCIA, Y DE NO PODER UBICAR A LOS PADRES, AUTORIZO QUE MI HIJO/A SEA TRASLADADO AL CENTRO MÉDICO NORDELTA.

Entregar la presente ficha médica con una copia del carnet de obra social de su hijo/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.