



Ficha Médica 2021 (Válido hasta el 31/03/2022)

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

Table with 4 columns: A. Se encuentra padeciendo, NO, SI, Especificar en caso afirmativo. Row 1: \*Procesos inflamatorios infecciosos

Table with 4 columns: B. Padece alguna de las siguientes enfermedades, NO, SI, Especificar en caso afirmativo. Rows: \*Metabólicas: diabetes, Celiaquía, \*Cardiopatías congénitas, \*Cardiopatías infecciosas, \*Hernias inguinales, \*otra (especificar)

Table with 4 columns: C. Ha padecido en fecha reciente: NO, SI, Especificar en caso afirmativo. Rows: \*Hepatitis (60 días), \*Sarampión (30 días), \*Parotiditis (30 días), \*Mononucleosis infecciosa (30 días), \*Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro, etc. (60 días)

Table with 4 columns: D. Responder NO, SI, Especificar en caso afirmativo. Rows: ¿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 Padre y/o Madre

**Registro de firmas 2020**



**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.*