



ESCUELA CRISTIANA EVANGÉLICA ARGENTINA

FICHA DE SALUD

CICLO LECTIVO 20.....

NIVEL INICIAL
SALAaños

ESCUELA PRIMARIA
.....año A B

ESCUELA SECUNDARIA
.....año

Será indispensable el certificado de apto físico para la realización de las actividades deportivas y recreativas del alumno. La validez de la ficha la otorga la firma y sello del médico o en su defecto firma y aclaración del padre adjuntando el certificado médico correspondiente.

El último plazo para la entrega será la segunda semana luego de iniciadas las clases; a partir de esa fecha el alumno que no la presente **registrará ausentes en las clases de Educación Física.**

Quienes realicen la revisión médica en el Colegio, de igual modo, deberán completar la siguiente ficha, firmada por el responsable

APELLIDO.....	NOMBRE.....
DNI/PASAPORTE N°.....	GRUPO SANGUÍNEO:.....Rh.....
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES:.....	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:.....	
TEL:.....	
OBRA SOCIAL:.....	SOCIO N°:.....
TEL DE EMERGENCIA DE LA OBRA SOCIAL.....	

1. VACUNAS (Adjuntar fotocopia de los certificados de vacunación)

2. ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (marcar)

<input type="checkbox"/> Asma bronquial	<input type="checkbox"/> Fisuras	<input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis A o B	<input type="checkbox"/> Procesos inflamatorios o infecciosos
<input type="checkbox"/> Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Hernias	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/> Celíaco	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído	<input type="checkbox"/> Problemas posturales
<input type="checkbox"/> Disfonías	<input type="checkbox"/> Luxaciones	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Mareos en viaje	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Otitis	<input type="checkbox"/> Tos convulsiva
<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Varicela

Ha estado afectado en los días indicados de:

<input type="checkbox"/> Hepatitis - 60 días	<input type="checkbox"/> Parotiditis - 30 días
<input type="checkbox"/> Sarampión - 30 días	<input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa - 30 días
<input type="checkbox"/> Eruptivas en general - 60 días	<input type="checkbox"/> Esguinces, luxaciones: tobillo/hombro/muñeca - 60 días

Alguna situación particular que deba ser tomada en cuenta:

.....

.....

3. ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones:.....

Traumatismos/fracturas:.....

¿Es alérgico?.....¿a qué?.....

¿Cómo lo evita?.....

¿Tiene diabetes?.....¿Tiene problemas de coagulación?.....

Indique si el alumno toma alguna medicación en forma regular y la causa:

.....

.....

Área Psicopedagógica/Psicológica

Su hijo ha sido sometido a un tratamiento: Psicológico Psiquiátrico Psicopedagógico

Detalle brevemente las causas que motivan la derivación profesional / Estado actual

.....

.....

4. DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO O ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO

1. Examen físico

Apto Cardiovascular.....

Firma / Sello

Evaluación Auditiva.....

Firma / Sello

Evaluación Odontológica.....

Firma / Sello

Evaluación Oftalmológica.....

Firma / Sello

2. Debe realizar actividades físicas restringidas? Si contesta afirmativamente ¿Cuál es la causa?

.....

.....

3. Estado actual

Peso: Talla: Presión arterial:

Estado Nutricional:.....

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a.....

DNI:, quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades de la Escuela Cristiana Evangélica Argentina de Ituzaingó.

Buenos Aires, a losdel mes de de 20.....

.....

Firma del profesional

.....

Sello aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tiene carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos

.....

Firma del padre/madre/responsable

.....

Aclaración