

**FICHA ANTECEDENTES DE SALUD
ACTUALIZACIÓN
(ANEXO III -DI-2019-32847417-GCABA-DGEGP)**



*Nombre y Apellido del alumno/a	Fecha:
*Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO)	Edad actual años: DNI N°:
*Médico Pediatra/de familia	Teléfono de contacto
*Cobertura Médica	Plan Número Afiliado
*Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad: (Lugar – Dirección – Teléfono)	
1.	
2.	
3.	
*En caso de Emergencia comunicarse con: (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)	
1.	
2.	

Información General:

*Peso kg.	*Estatura cm.
-----------	---------------

*¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? Desde (fecha)	SI	NO
Motivo:		
*¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad? Detallar:	SI	NO
*¿Ha sido Internado o sufrido lesiones de consideración en el último año? Detallar:	SI	NO
*¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente? Detallar:	SI	NO

*¿Toma alguna medicación? Motivo - Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración	SI	NO
*¿Tiene contraindicado algún medicamento? Detallar:	SI	NO
*¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? Detallar:	SI	NO
*¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar? Especificar:		

OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Firma adulto responsable _____

Aclaración _____

DNI _____

Fecha _____

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20__.

Certifico que _____ DNI _____ de años _____ de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma y sello del Médico Interviniente

Opcional:

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de contacto: _____