

FICHA DE SALUD

Apellido y Nombre del alumno: _____ DNI: _____

Año: _____ División: _____ Turno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Domicilio: _____

CP: _____ Teléfono: _____ Teléfono de emergencia: _____

1º INFORMACIÓN DE SALUD

- ¿Tiene alguna enfermedad que necesite periódicamente tratamiento o control medico?
- SI NO ¿Cuál? _____
- ¿Posee algún tipo de alergia? SI NO ¿Cuál? _____
- ¿Recibe tratamiento? SI NO ¿Cuál? _____
- ¿Recibe alguna medicación en forma habitual? SI NO Cuál? _____
- ¿Fue operado alguna vez? SI NO ¿Cuál? _____
- ¿Presenta alguna limitación física o impedimento para realizar educación física? SI NO ¿Cuál? _____

¿Presenta algún antecedente familiar de:

Diabetes asma bronquial hipertensión arterial problemas cardiacos convulsiones

Alguna otra situación a considerar por el medico? _____

NOTAS:

- a) En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla, los padres deberán presentar, conjuntamente con este formulario certificado medico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra o no capacitado para realizar actividad física.
- b) Si sobreviniere una de las enfermedades mencionadas u otra en particular, se compromete a informar este hecho a la brevedad por medios fehacientes.

2º AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

En mi carácter de padre/madre/tutor, autorizo a mi hijo/a a realizar actividad física acorde a sexo, edad y lineamientos curriculares vigentes.

En caso de que mi hijo/a sufiere un accidente durante la clase de Educación Física, autorizo a que sea atendido/a por el Servicio de Emergencia Tigre (S.E.T.) y que sea trasladado al Hospital de Gral. Pacheco o Tigre si los médicos así lo indicaren.

Lugar y fecha

Firma y aclaración del padre/madre/tutor

3º EXÁMENES MEDICOS

3.1. Examen bucodental

Estado dentario:	Bueno <input type="radio"/>	Deficiente <input type="radio"/>
Estado gingival:	Bueno <input type="radio"/>	Deficiente <input type="radio"/>

Sello de la Institución

Firma y sello del profesional

3.2. Examen oftalmológico

Agudeza visual OD.: _____ OI.: _____

Fondo de ojo

Apto Si
No

Debe volver Si
No

