

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO:.....
EDAD:..... **SEXO:**..... **PESO:**..... **TALLA:**.....
DOMICILIO:.....
TEL. PARTICULAR:..... **CELULAR:**.....
OBRA SOCIAL:..... **N°:**.....
ESCUELA:.....
AÑO:..... **DIVISION:**..... **TURNO:**.....

NOMBRE DEL PADRE, TUTOR O CURADOR:.....
DIRECCION:..... **TEL:**.....

DECLARACION JURADA: El abajo firmante, Padre, tutor o curador habiendo tornado conocimiento de las actividades a realizar, asumen la responsabilidad de lo informado y las consecuencias que pudieran surgir. Asimismo quedan notificados que, en caso de emergencia, el alumno sera trasladado al hospital, salvo indicación expresa en contrario de los padres, tutores o curadores. Adernás se comprometen a comunicar a la institución, cualquier modificaci6n en los datos especificados en esta ficha.

INSTRUCCIONES: esta ficha deberá ser completada por los padres, tutores o curadores. En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems que se detallan, deberá presentar Certificado médico en el que se indique la gravedad de la afección que padece y si puede o no realizar actividades físicas o con que grado de moderación realizarlas.

A - ¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? (marque con circulo lo que corresponda)

- | | | |
|---|---------|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> Procesos inflamatorios. | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> ¿Sufre alguna enfermedad del corazón? | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Asma | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades del Sistema nervioso | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alergias | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> ¿Es celíaco? | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> ¿Padece bulimia y/o anorexia? | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> tomando algún medicamento? | SI (*1) | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> ¿Sufre sonambulismo? | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia | SI | NO |

B - ¿HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE?:

- | | | |
|--|----|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sarampi6n | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Parotiditis | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mononucle6sis infecciosa | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Esguinces, luxaciones | SI | NO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Convulsiones u operaciones | SI | NO |

C - ¿ALGUNA OTRA SITUACION O RECOMENDACION?

.....

(*1) Medicamentos, especificar:.....

D- DE SER NECESARIO PIDA UNA ENTREVISTA CON EL DOCENTE.

Mendoza,.....de.....de 2017.

Firma del Padre, tutor o curador

Aclaraci6n

DNI:.....