aldea de niños

Colegio de la Aldea

Ficha de Salud 20..

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO…….. DNI……

DOMICILIO:……CP……TEL……..

SALA/GRADO……. TURNO……FECHA DE NAC……/……/….. TEL EMERGENCIA:……

---

1)INFORMACIÓN DE SALUD

a)¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE NECESITE PERIÓDICAMENTE TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO? NO…. SI….
CUÁL?.....

b)¿PADECE ALGÚN TIPOD E ALERGIA? NO….. SI…… A QUÉ? …….

c)¿RECIBE TRATAMIENTO? NO…… SI….. CUÁL?.....

d)¿RECIBE ALGUNA MEDICACIÓN EN FORMA HABITUAL? NO….. SI…… CUÁL?.....

e)¿FUE OPERADO ALGUNA VEZ' NO…. SI…. DE QUÉ?……..

f)¿PRESENTA ALGUNA LIMITACIÓN O IMPEDIMENTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA?
NO….SI……CUÁL?.....

g)PRESENTA ANTECEDENTES FAMILIARES DE: DIABETES….. ASMA BRONQUIAL…….
HIPERTENSIÓN ARTERIAL…... PROBLEMAS CARDÍACOS……
CONVULSIONES…….. OTROS……

Nota:

a) En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla, los padres deberán con este formulario certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma el /la alumno/a se encuentra o no capacitado para realizar dicha actividad física.
b) Si sobreviene alguna de las enfermedades mencionadas u otra en particular, los padres se comprometen a informar este hecho a la brevedad en forma fehaciente.

2- AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

En mi carácter de padre/madre/tutor autorizo a mi hijo/a ……a realizar actividades físicas acorde a sexo, edad y lineamiento curriculares vigentes. y concurrir al campo de deporte del Club Champagnat situado en la calle Gral. Pacheco 1416 entre Ecuador y Bolivia, El Talar; acompañado por los docentes responsables.
En caso de que mi hijo/a sufriere un accidente durante la clase de Educación física, autorizo a que sea atendido por el servicio SUME salud y a que sea trasladado al hospital de Gral. Pacheco , Tigre , o al que se evaluara, si así los médicos lo indicaran.

…….. ……..
Lugar y fecha Firma y aclaración del padre, madre o tutor

---

3) AUTORIZACIÓN MÉDICA(Para ser completo por el médico, con firma y sello)

Certifico que el alumno…….. de …… de edad, al examen clínico practicado

Si…… no…….. presenta impedimentos para realizar actividad física y deportiva escolar, según sexo y edad.

…… ……. ……
Lugar y fecha Sello de la Institución Firma y sello del profesional.