



Sala:

Turno:

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO DE NIVEL INICIAL

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:/...../.....

D.N.I.:

Dirección:..... Localidad:.....

Teléfono:.....

Celular:.....

En caso de urgencia avisar a:

1- Nombre y Apellido:..... Parentesco

Dirección:.....Teléfono:.....

2- Nombre y Apellido:..... Parentesco

Dirección:.....Teléfono:.....

Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades (tachar lo que no corresponda):

1-Respiratoria:

2-Cardiovascular:.....

3- Renal:.....

4- Metabólica:.....

5- Digestiva:

6- Alergia:

7-¿Tuvo convulsiones? SI - NO Detallar:.....

8-Otras enfermedades:

9-Enfermedades padecidas:.....

10-Intervenciones quirúrgicas:

11-Toma medicación: SI - NO Detallar:.....

Certificado de Aptitud Psicofísica

Certifico quese encuentra apto/a psicofísicamente para la actividad escolar y deportiva correspondiente, con esfuerzos cardiovasculares y respiratorios de acuerdo a su edad y sexo. Asimismo, tiene a la fecha, cumplimentado el plan de vacunación obligatorio.

Firma, aclaración y sello del médico..... Fecha.....

Certificado Bucodental

Certifico que el estado dental dees.....

Firma, aclaración y sello del dentista..... Fecha.....

Certificado de Agudeza Visual

Certifico que la Agudeza Visual dees.....

Firma, aclaración y sello del oculista..... Fecha.....

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

Sin APTO MÉDICO no podrá realizar EDUCACIÓN FÍSICA

En caso de necesidad, autorizo SI – NO a la institución a que mi hijo/a sea atendido/a por la cobertura escolar correspondiente.

Firma y aclaración del padre:..... Fecha.....

Firma y aclaración de la madre:..... Fecha.....