



Ficha de Salud 2025

Entregar al profesor de Educación Física durante el mes de Marzo. SIN EXCEPCIÓN.

Datos del alumno /a

Año matriculado ciclo lectivo 2025: (marcar según corresponda)					1°	2°	3°	4°	5°
Apellido y Nombres									
Domicilio					Nro.	Piso		Dpto.	
Localidad				Barrio			C.P.		
Nacimiento									
Fecha		/ /		Ciudad			Provincia		
País				Documento (tipo y nº)					
Teléfonos de contacto (aclarar a quien pertenece)									
Particular 1					Particular 2				
Celular 1					Celular 2				
Laboral					(interno)				

Datos médicos

Cobertura médica (adjuntar fotocopia del carnet):				Afiliado N°:				
Grupo Sanguíneo:				Vacunas	Antitetánica: SI - NO Fecha: / /			
Grupo: Factor RH:					Hepatitis A y B: SI - NO Fecha: / /			
<small>EN CASO DE NO POSEER ANTITETÁNICA AL DÍA, APLICARLA POR FAVOR, ADJUNTAR CERTIFICADO.</small>								

Enfermedades, alergias y tratamientos

- 1)- A. ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? SI - NO
B. ¿Por qué enfermedad?
- 2)- A. ¿Toma actualmente algún medicamento? SI - NO
B. ¿Cuál?
C. ¿Qué dosis y frecuencia diaria?
- 3)- A. ¿Tuvo algún accidente, cirugía o procedimiento médico en el último año? SI - NO
B. ¿Por qué motivo? (diagnóstico)
- 4)- ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades? (Marcar lo que corresponde / Indicar en qué momento se padecieron)

Enfermedades	Fecha	Enfermedades	Fecha	Enfermedades	Fecha
SI - NO Alergia ¿Cuáles?	/ /	SI - NO Esguinces o luxaciones	/ /	SI - NO Colesterol	/ /
SI - NO Gastritis o úlcera	/ /	SI - NO Fracturas	/ /	SI - NO Problemas de alimentación	/ /
SI - NO Hepatitis	/ /	SI - NO Hernias inguinales u otras	/ /	SI - NO Diabetes	/ /
SI - NO Mononucleosis infecciosa	/ /	SI - NO Enfermedades de los pulmones	/ /	SI - NO Epilepsia o convulsiones	/ /
SI - NO Sarampión	/ /	SI - NO Enfermedades de los intestinos	/ /	SI - NO Enfermedades psiquiátricas	/ /
SI - NO Parotiditis	/ /	SI - NO Cólicos renales	/ /	SI - NO Enfermedades cardíacas	/ /
SI - NO Fiebre reumática	/ /	SI - NO Infecciones urinarias	/ /	SI - NO Hipertensión arterial	/ /
SI - NO Escoliosis o enfermedad de la columna	/ /	SI - NO Enfermedades de los huesos o articulaciones	/ /	SI - NO Anemia	/ /

- 5)- Observaciones de interés, o alguna otra situación determinada por el médico para tener en cuenta.

NOTA: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla deberá presentarse conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno /a se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física.

Información de interés para actividades extra programáticas (convivencia, retiro y/o campamento)

- 6)- ¿Tiene algún alimento no aconsejado por indicación médica?

¿Está apto para realizar actividades físicas? SI - NO

.....
Firma, sello aclaratorio y nº de matrícula

AUTORIZACIÓN

Quien suscribe padre, madre o tutor del alumno /a que cursa el año / grado, división, toma conocimiento y autoriza para que su hijo/a, durante el transcurso de este año, realice actividad física con esfuerzos cardiovasculares de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otras en particular me comprometo a informar por medios fehacientes.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y aclaración del Padre, Madre o Responsable Legal