

Nombre y Apellido.....
 DNI..... Edad..... Grado..... Sexo..... Fecha de Nacimiento.....
 Domicilio.....
 En caso de emergencia llamar a..... Teléfono.....
 Obra Social..... Nº de afiliado.....
 Grupo Sanguíneo.....

	ESPECIFICACIONES	SI	NO
SE ENCUENTRA PADECIENDO:			
Procesos inflamatorios			
Procesos infecciosos			
PADECE ENFERMEDADES:			
Diabetes, celiacía, problemas de coagulación, etc.			
Cardiopatías congénitas			
Soplos cardíacos (<i>si contesta sí, especifique de qué tipo</i>)			
Hernias inguinales, crurales			
Alergias (<i>si contesta sí, especifique a qué</i>)			
Bronquitis obstructivas o asma post ejercicio			
HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:			
Hepatitis (60 días)			
Parotiditis (30 días)			
Mononucleosis infecciosa (30 días)			
Alteraciones en las articulaciones o en columna vertebral (60 días) (<i>si contesta sí, especifique</i>)			
Alguna intervención quirúrgica (60 días) (<i>si contesta sí, especifique de qué tipo</i>)			
Alguna situación particular determinada por el médico (<i>si contesta sí, especifique</i>)			
¿Está en tratamiento con medicación permanente? (<i>si contesta sí, especifique y adjunte certificados e indicaciones</i>)			
¿Está apto para realizar educación física?			
¿Tiene las vacunas actualizadas?			

FECHA:..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:

EN CUMPLIMIENTO DE LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE, ME NOTIFICO QUE TODA DERIVACIÓN DISPUESTA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEBE HACERSE A UN HOSPITAL PÚBLICO. POR TANTO DE SER NECESARIO, Y CONTANDO EL COLEGIO CON EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS:

AUTORIZO AL MISMO A DERIVAR A MI HIJA/O A UN HOSPITAL PÚBLICO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA):

SI (EL PADRE/MADRE/TUTOR ACOMPAÑA AL ALUMNO EN EL VEHÍCULO DESDE EL COLEGIO. SI NO PUEDEN SER LOCALIZADOS, Y EL CASO REQUIERA ATENCIÓN HOSPITALARIA INMEDIATA, UN DIRECTIVO O LA PERSONA QUE ESTE DESIGNE ACOMPAÑARÁ AL NIÑO).

NO EN ESTE CASO ME COMPROMETO A RETIRARLO DEL COLEGIO PARA SU ATENCIÓN BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

ATENCIÓN: SI EL ALUMNO DEBE TOMAR UNA MEDICACIÓN EN HORARIO ESCOLAR, EL COLEGIO NO PUEDE DÁRSELA SIN TENER LA RECETA ORIGINAL DEL MÉDICO (NO FOTOCOPIA), INDICANDO NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE, EL MEDICAMENTO, LA DOSIS Y EL HORARIO EN QUE DEBE SER ADMINISTRADO. LA RECETA DEBE TENER SELLO ACLARATORIO DE FIRMA Y MATRÍCULA DEL FACULTATIVO.

DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MÉDICO, AUTORIZO A MI HIJA/O A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACIÓN FÍSICA, DÁNDOME POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA CIRCULAR. ASIMISMO ME COMPROMETO A MANTENER LOS DATOS ACTUALIZADOS EN CASO DE VARIAR ALGUNO DE ELLOS. SIN APTO FÍSICO NO PODRÁ SER CALIFICADO.

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR..... ACLARACIÓN.....

BUENOS AIRES,..... DE..... DE.....