

DATOS PARTICULARES

Nombre y Apellido:

Fecha de nacimiento: Edad actual: años. DNI N°.....

Médico Pediatra/de familia: Teléfono de contacto:

Cobertura Médica: Plan: Número Afiliado:

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. Lugar: Dirección: Teléfono:

2. Lugar: Dirección: Teléfono:

En caso de Emergencia comunicarse con:

1. Apellido y nombre: Vínculo: Teléfono:

2. Apellido y nombre: Vínculo: Teléfono:

INFORMACIÓN GENERAL:

Grupo Sanguíneo: Factor RH: Peso: kg. Estatura:cm.

¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO

Desde (fecha): Motivo:

¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad? SI NO

Detallar:

¿Ha sido internado o sufrido lesiones de consideración en el último año? SI NO

Detallar:

¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO

Detallar:

¿Toma alguna medicación en forma regular? (Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración)

.....

¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO ¿Cuál/es?¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO

Detallar:

¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?

Especificar:

OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Autorizamos al Servicio de Emergencias contratado por el establecimiento a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha:

Firma de padre/madre/tutor:

Aclaración:

DNI:

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de de 202....

Certifico que DNI de años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma del médico: Sello:

ÁREA PSICOPEDAGÓGICA

¿Presenta algún tipo de alteración conductual/mental grave o leve que deba informar? (Trastorno del lenguaje, del aprendizaje, de personalidad, atencional, etc.) SI NO ¿Cuál?

.....

En caso de respuesta afirmativa debe adjuntar informe actualizado del profesional tratante (psicopedagogo, psicólogo, psiquiatra).

¿Ha realizado tratamiento psicopedagógico, psicológico o psiquiátrico en los últimos años? De ser así, indicar el motivo y aclarar si continúa o no.

.....

Firma del Padre, Madre o Tutor: