

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Buenos Aires, de de 20.....

INST IT UT O PRIV ADO " SA NT A CRUZ" A - 496
D.E. 6

Apellido y Nombre :	Edad :
Domicilio :	Curso :
Teléfono :	División :
Teléfono alternativo :	

ANTECEDENTES :	SI	NO
A) SE ENCUENTRA PADECIENDO Procesos inflamatorios o infecciosos		
B) PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES		
Metabólicas (Diabetes)		
Cardiopatías congénitas o infecciosas		
Hipertensión arterial		
Epilepsia		
Problemas de columna vertebral		
Asma		
Hernias: inguinales, crurales		
Alergias (¿a qué?)		
Sonambulismo		
Alguna otra condición que pueda afectar su salud		
C) HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE :		
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Esguinces o Luxaciones (60 días) Indique zona afectada:		
D) Alguna observación relacionada a la alimentación (Celiaquía/hipercolesterolemia/otros)		
E) Alguna otra situación particular determinada por el médico		
F) ¿TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE?		
Indique cuál/es (tipo, dosis, efectos secundarios).....		

ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA		
---	--	--

POSEE COBERTURA MÉDICA (Obra Social – Medicina Prepaga – Otra) ¿Cuál?:.....
Nº de afiliado:.....
Teléfonos:.....

La presente tiene carácter de declaración jurada, dándose por ciertos los datos consignados.
Esta ficha deberá ser entregada al docente de grado antes del 15 de marzo. A partir de esa fecha quienes no la hayan entregado NO podrán realizar educación física ni talleres deportivos.

Firma y sello del Médico

Firma y aclaración del padre y/o madre