



**ASOCIACIÓN SIERVOS DE LA CARIDAD**  
**OBRA DON GUANELLA**  
**INSTITUTO SAN JOSÉ A-355**  
Nivel Medio

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

**Datos personales**

Apellido y nombres del alumno: ..... Curso: .....  
DNI: ..... Fecha de nacimiento: ..... Edad: .....  
Domicilio: ..... Tel.: .....

**Autorización del adulto responsable**

El que suscribe, Padre/Madre/Tutor del/de la alumno/a, cuya firma figura a continuación, autoriza para que su hijo/a realice actividad física de acuerdo con su edad y sexo, conforme con los lineamientos curriculares vigentes y se compromete a cumplimentar verazmente los antecedentes de salud requeridos y avalar su aptitud física por medio de constancia médica.

.....  
Lugar y fecha  
Firma de Padre/Madre/Tutor  
Aclaración:.....  
DNI:.....

**Cobertura médica**

Obra Social: ..... N° de Adherente: .....  
Dirección: ..... Tel: .....

**Antecedentes de salud:**

Grupo sanguíneo: ..... Factor: ..... Talla: ..... Peso: .....	Vacuna antitetánica (fecha última dosis)	
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios?		
¿Se encuentra padeciendo procesos infecciosos?		
¿Fue operado en los últimos 4 meses? En caso afirmativo, detallar al dorso.		
¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?		
¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
• Metabólicas: diabetes		
• Cardiopatías congénitas		
• Cardiopatías infecciosas		
• Hernias		
• Asma		
• Alergias		
¿Ha padecido en forma reciente?	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Ha tenido esguinces, fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses? Detallar al dorso.		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Alguna vez perdió el conocimiento mientras realizaba ejercicio físico?		
¿Le han detectado alguna vez presión alta?		



**ASOCIACIÓN SIERVOS DE LA CARIDAD**  
**OBRA DON GUANELLA**  
**INSTITUTO SAN JOSÉ A-355**  
Nivel Medio

**Alguna situación particular determinada por el médico:**

Detalle.....  
.....  
.....

¿Toma medicamentos en forma permanente?    Sí     No

¿Cuáles?.....  
.....

¿Es alérgico a algún medicamento?    Sí     No

¿A cuál/es? .....  
.....  
.....

¿Tiene las vacunas actualizadas?    Sí     No

**Otras observaciones de salud:**.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Constancia médica**

Buenos Aires, ..... de ..... de 2017

Dejo constancia de que el/la joven .....,  
DNI ....., presenta estado de aptitud física para realizar actividades deportivas de  
resistencia aeróbica y gimnasia corporal acordes con su edad, sexo y nivel de entrenamiento durante el ciclo lectivo 2017.

Se extiende la presente constancia al solo efecto de ser presentada ante las autoridades del Instituto San José A-355.

.....  
Sello del Profesional y  
número de matrícula

.....  
Firma del Profesional

Entregar al Preceptor durante la primera semana de clase del ciclo 2017, **SIN EXCEPCIÓN.**

Deben entregarla TODOS los alumnos,  
incluso quienes están exceptuados de realizar Educación Física.

Fecha de entrega y firma del Preceptor: .....

Fecha y firma del Profesor de Educación Física: .....