



# INSTITUTO SAN JOSÉ A -355

## FICHA ANTECEDENTES DE SALUD

### ACTUALIZACIÓN -NIVEL SECUNDARIO

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: .....

Nombre y Apellido del alumno/a: .....

Año y división: .....

Médico pediatra/de familia: ..... Teléfono de contacto: .....

Cobertura médica:..... Plan:..... Número afiliado: .....

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

(Lugar–Dirección–Teléfono).....

En caso de emergencia comunicarse con:

1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto) .....

2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto).....

#### INFORMACIÓN GENERAL

\*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? SI – NO Motivo - Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis

– Administración: .....

\*¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI – NO Detallar: .....

\*¿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 notificar? SI - NO

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 dpto. médico del establecimiento educativo o al servicio de emergencias contratado por el mismo 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 del responsable parental:.....

Aclaración y documento de identidad: .....



## **INSTITUTO SAN JOSÉ A -355**

### **CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, .....

Certifico que (Nombre del alumno/a)..... 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 y sello del médico interviniente: .....

Opcional: Dirección de correo electrónico – Teléfono de contacto

.....