

ALUMNO:

CURSO:

FECHA DE ENTREGA OBLIGATORIA: 6/4/18

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

DNI N°: FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:.....

TELEFONO FIJO: TELEFONO CELULAR:

OBRA SOCIAL: AFILIADO N°:

NOMBRE DEL PADRE: DNI N°:.....

TELEFONO O CELULAR DE CONTACTO:.....

NOMBRE DE LA MADRE:..... DNI N°

TELEFONO O CELULAR DE CONTACTO:.....

RESPONSABLE LEGAL DEL ESTUDIANTE:..... DNI N°:.....

TELEFONO O CELULAR DE CONTACTO:.....

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar **afirmativamente** a alguno de los ítems deberán presentar con la **Ficha el Certificado Médico** en que se indique diagnóstico, en aquellos casos en que el estudiante "Si" presenta algunas de las situaciones descriptas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares. La Dirección General de Escuelas sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los estudiantes, el control médico anual de los mismos.

.....
Firma de Padre o Madre o Responsable Legal

ALUMNO:		CURSO:			
Antecedentes generales y condiciones de salud		Marcar con una cruz en el espacio libre			
Procesos Inflamatorios	SÍ		NO		
Diabetes	SÍ		NO		
Afección Cardíaca	SÍ		NO		
Asma	SÍ		NO		
Enfermedades del sistema nervioso	SÍ		NO		
Alergias	SÍ		NO		
Celiaquía	SÍ		NO		
Trastornos de alimentación (Bulimia, Anorexia)	SÍ		NO		
Sonambulismo	SÍ		NO		
Epilepsia	SÍ		NO		
Paperas	SÍ		NO		
Tos convulsa	SÍ		NO		
Hepatitis	SÍ		NO		
Sarampión	SÍ		NO		
Mononucleosis infecciosa	SÍ		NO		
Traumatismos: Fracturas, esguinces, luxaciones, otros.	SÍ		NO		
Convulsiones	SÍ		NO		
Operaciones	SÍ		NO		
Prótesis	SÍ		NO		
Marcapasos	SÍ		NO		
Anafilaxis	SÍ		NO		
Tratamiento Oncológico	SÍ		NO		

Condición de embarazo	SÍ		NO	
Tratamiento con medicamentos	SÍ		NO	
Nombre del medicamento:..... Dosis:..... Frecuencia:				
Médico para llamar por urgencias (si corresponde):.....				

.....
Firma de Padre o Madre o Responsable Legal

ALUMNO:		CURSO:		
Información adicional de los Alumnos		Marcar con una cruz en el espacio libre		
Enfermedades congénitas	Si		NO	
Lesiones musculares	Si		NO	
Fiebre reumática	Si		NO	
Artritis Artrosis	Si		NO	
Enfermedades respiratorias	Si		NO	
Enfermedades articulares	Si		NO	
Sinusitis – otitis	Si		NO	
Enfermedades digestivas	Si		NO	
Enfermedades renales	Si		NO	
Enfermedades urinarias	Si		NO	
Enfermedades genitales	Si		NO	
Enfermedades neurológicas	Si		NO	
Dolores de Cabeza- mareos	Si		NO	
Enfermedades psiquiátricas	Si		NO	
Enfermedades hematológicas	Si		NO	
Enfermedades linfáticas	Si		NO	
Enfermedades oculares	Si		NO	
Enfermedades dermatológicas	Si		NO	
Enfermedades auditivas	Si		NO	
Infecciones crónicas	Si		NO	
Hipertensión arterial	Si		NO	
ENFERMEDADES PADECIDAS EN FECHA RECIENTE	Si		NO	
Mononucleosis infecciosa	Si		NO	
Otras enfermedades:	Si		NO	
	Si		NO	
Tratamiento con medicamentos:	Si		NO	
Nombre del/los medicamento/s: Dosis: Frecuencia:				

OTROS DATOS O RECOMENDACIONES QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS:

.....
.....

.....
Firma de Padre o Madre o Responsable Legal

Fecha de recepción:..... Firma del directivo:.....