



## FICHA DE SALUD

### DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellido y Nombre ..... Curso: .....

Fecha de Nacimiento: ..... DNI: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Posee Cobertura Médica: (Encierre con un círculo la que corresponda) **SI – NO**

¿Cuál? .....

### Información de Salud (Encierre con un círculo lo que corresponda)

• ¿Tiene alguna enfermedad que necesite de atención o tratamiento médico periódico? **SI – NO**

¿Cuál?.....

• Estuvo internado en los últimos dos años? **SI – NO**

• Motivo.....

• ¿Es alérgico/a? **SI – NO**. De responder afirmativamente especifique si recibe tratamiento .....

• ¿Padece Asma? **SI – NO**. De responder afirmativamente especifique si recibe tratamiento .....

• ¿Toma alguna medicación? **SI – NO**

¿Cuál?.....

• ¿Manifiesta algún problema visual o auditivo? **SI – NO**

¿Cuál?.....

• ¿Tiene alguna limitación física? **SI – NO**

¿Cuál?.....

• ¿Otros problemas de salud? **SI – NO** (marque en un círculo lo que corresponda)

Diabetes **SI – NO** Enfermedades Cardíacas **SI – NO**

Trastornos respiratorios **SI – NO** Hernias **SI – NO**

Otras: .....

### Dejo Constancia de haber cumplimentado la Ficha de Salud de mi hijo/a

.....  
comprometiéndome a comunicar a la /el docente cualquier problema de salud que impidiera la realización de actividad física, enviando a la brevedad el certificado médico correspondiente, haciéndome responsable de la salud de mi hijo/a.

Tomo conocimiento de que mi hijo/a realizará actividad física acorde a su edad conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

En caso de indisposición podrá ser trasladado por el servicio de Emergencia y se avisará a la familia al siguiente número de teléfono:

Nombre Apellido..... Teléfono.....

Nombre Apellido..... Teléfono.....

Nombre Apellido..... Teléfono.....

Lugar y fecha: .....

.....  
Firma del responsable Parental

.....  
Aclaración

.....  
D.N.I