



Colegio Nuestra Señora de la Paz
Ficha de Antecedentes de Salud
AÑO 20.....

Apellido y Nombres del Alumno/a.....
 Año/Sala:.....Div:.....Nivel:.....
 Tipo y Número de Documento:.....
 Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad: Sexo:.....
 Grupo Sanguíneo:.....
 Obra Social:..... N° de Afiliado:

Indicar con una x

	Si	No
Se encuentra padeciendo procesos infecciosos o inflamatorios		
Padecer alguna de las siguientes enfermedades Metabólicas: Diabetes Cardiopatías Congénitas Cardiopatías Infecciosas Hernias Alergias (indicar medicación)		
Ha padecido en fecha reciente: Hepatitis (60 días) Sarampión (30 días) Parotiditis (30 días) Mononucleosis Infecciosa (30 días) Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días) Meningitis		

Alguna otra situación particular determinada por el médico:

NOTA: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems señalados precedentemente deberá presentar, conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra o no apto para realizar actividad física.

En caso de urgencia dirigirse a:

En caso de accidentes en actividades relacionadas con el colegio, dentro o fuera de él y que las autoridades correspondientes no puedan comunicarse con los familiares, autorizo a que sea atendido por EMERGENCIAS VITAL, y de ser necesario derivado al Hospital Municipal de Vte. López

SI	NO
----	----

La actividad de ed. física y deportes estará a cargo de los profesores y entrenadores respectivos. El horario y día destinados a los mismos será comunicado por los mismos. Autorizo a mi hijo a participar de las clases de educación física y deportes realizadas en el establecimiento y campo de deportes.

SI	NO
----	----

Esta ficha deberá ser entregada con la firma de ambos padres, al igual que el certificado de **aptitud física** antes del, UNICAMENTE a la secretaria o docente de cada sección, caso contrario el alumno no podrá realizar ninguna actividad física ni concurrir al campo de deportes.

SI	NO
----	----

RECORDAMOS QUE EL PERSONAL DEL COLEGIO **NO** PODRA SUMINISTRAR AL LOS NIÑOS NINGUN TIPO DE MEDICAMENTO.

.....
 Firma del padre

.....
 Firma de la madre