



HIJOS DE LA SAGRADA FAMILIA – COLEGIO JESÚS ADOLESCENTE
FICHA DE SALUD – AÑO LECTIVO 2020

IMPORTANTE:
TENGA EN CUENTA QUE LOS DATOS AQUÍ
CONSIGNADOS, CORRESPONDEN A UNA
DECLARACIÓN JURADA. LOS MISMOS, PUEDEN SER
UTILIZADOS O CORROBORADOS EN URGENCIAS

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NIVEL INICIAL JESÚS ADOLESCENTE

Provincia de Buenos Aires. Dirección de Educación de Gestión Privada. Región 21. Distrito N° 107. DIEGEP N° 6229. Gestión Privada.

EL ALUMNO ESTÁ INSCRIPTO DURANTE EL AÑO 2020 EN: (Marque con una X la elección correcta):

SALA: 2 años (al 30/6) 3 años (al 30/06) 4 años (al 30/06) 5 años (al 30/06)

DATOS DEL ALUMNO:

APELLIDOS: _____ **NOMBRES:** _____
DNI N° _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ___ / ___ / ___ **LUGAR:** _____ **PROVINCIA:** _____
EDAD: _____ **SEXO:** MASCULINO FEMENINO **TALLA:** _____ **PESO:** _____
OBRA SOCIAL: _____ **N° DE AFILIADO:** _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD: (Marque con una X la elección correcta):

¿Tiene algún tipo de enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI NO ¿Cuál? _____
Durante los últimos tres años, ¿fue internado alguna vez? SI NO ¿Por qué? _____
¿Tiene algún tipo de alergia? SI NO ¿Alergia a qué? _____ ¿Cuáles son los síntomas que presenta en el momento de la alergia? _____
¿Recibe algún tratamiento médico permanente por la alergia? SI NO

SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD: (Marque con una X la elección correcta):

En este momento, ¿se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos? SI NO
En este momento, ¿padece enfermedades metabólicas? SI NO DIABETES CELIAQUÍA
En este momento, ¿padece enfermedades cardiopatías congénitas? SI NO
En este momento, ¿padece enfermedades cardiopatías infecciosas? SI NO
En este momento, ¿padece hernias inguinales y/o crurales? SI NO
En los últimos 60 días, ¿ha padecido hepatitis? SI NO NUNCA
En los últimos 30 días, ¿ha padecido sarampión? SI NO NUNCA
En los últimos 30 días, ¿ha padecido varicela? SI NO NUNCA
En los últimos 30 días, ¿ha sufrido parotiditis? SI NO NUNCA
En los últimos 60 días, ¿ha sufrido mononucleosis infecciosa? SI NO NUNCA
En los últimos 60 días, ¿ha sufrido esguinces o luxaciones? SI NO MIEMBROS INFERIORES MIEMBROS SUPERIORES
En los últimos 60 días, ¿ha sufrido alguna enfermedad de intervención médica importante? SI NO ¿Cuál? _____
¿Posee algún tipo de limitación física? SI NO ¿Cuál? _____

TENGA EN CUENTA QUE UNA VEZ ENTREGADA ESTA FICHA, SI DURANTE EL AÑO ESCOLAR EL ALUMNO PADECIERA ALGUNA ENFERMEDAD DE LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE, DEBERÁ INFORMAR LO MÁS PRONTO POSIBLE AL COLEGIO SOBRE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL ALUMNO(A)

VACUNAS OBLIGATORIAS: Según calendario de vacunación posee vacunación COMPLETA INCOMPLETA SIN DATOS

DATOS DEL MÉDICO GENERAL QUE HA COMPLETADO LA PRESENTE FICHA

POR LA PRESENTE, YO Dr./Dra. _____ CON M.P. N° _____ CERTIFICO QUE
LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS SON VERIFICADOS POR EXAMEN MÉDICO QUE HE REALIZADO EL DÍA _____ Y EN RAZÓN
DE ELLO:

SI NO **AUTORIZO AL ALUMNO A REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS EN LA INSTITUCIÓN.**

FECHA: _____ **FIRMA DEL MÉDICO GENERAL:** _____ **SELLO:** _____

LA PRESENTE FICHA DE DATOS POSEE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, DONDE SE AFIRMA QUE LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS SON VERACES.

POR LA PRESENTE NOSOTROS LOS PADRES DE FAMILIA DEL ALUMNO:

SI NO **AUTORIZO/AMOS A MI/NUESTRO HIJO A REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS EN LA INSTITUCIÓN.**

Tres Arroyos, a los _____ días del mes de _____ de 2020

Firma del Padre: _____ Aclaración: _____

DNI N°: _____

Firma de la Madre: _____ Aclaración: _____

DNI N°: _____

Firma del Tutor(a): _____ Aclaración: _____

DNI N°: _____