



**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

**COLEGIO JESÚS ADOLESCENTE – NIVEL PRIMARIO**

Provincia de Buenos Aires. Dirección de Educación de Gestión Privada. Región 21. Distrito N° 107. DIEGEP N° 567. Gestión Privada.

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

**CURSO:**  Primero  Segundo  Tercero  Cuarto  Quinto  Sexto

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°: \_\_\_\_\_