ACTIVIDADES DEPORTIVAS AÑO 2017

FICHA MÉDICA

Nombre y Apellido:.....Grupo Sanguíneo.....

DNI:.....Fecha de Nac:.....Edad:.....Sala/Grado/Curso:.....

Domicilio:.....Tel.....

Tel. Opcionales. 1:.....Pertenecientes a .....

2:..... Pertenecientes a.....

Obra Social:..... N° de Afiliado:.....

	ESPECIFICACIONES	SI	NO
SE ENCUENTRA PADECIENDO:			
- PROCESOS INFLAMATORIOS			
- PROCESOS INFECCIOSOS			
PADECE ENFERMEDADES:			
- METABÓLICAS: DIABETES			
- CARDIOPATIAS CONGÉNITAS			
- SOPLOS CARDÍACOS (SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO)			
- HERNIAS INGUINALES, CRURALES			
- ALERGIAS (SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE A QUÉ)			
- TRASTORNOS EPILÉPTICOS			
- BRONQUITIS OBSTRUCTIVAS O ASMA POST EJERCICIO			
HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:			
- HEPATITIS (60 DIAS)			
- PAROTIDITIS (30 DIAS)			
- MONONUCLIOSIS INFECCIOSA (30 DIAS)			
- ALTERACIONES EN LAS ARTICULACIONES O EN COLUMNA VERTEBRAL (60 DIAS); SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE			
- ALGUNA INTERVENCION QUIRÚRGICA (60 DIAS); SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE.			
ALGUNA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO (SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO)			
ESTÁ EN TRATAMIENTO CON MEDICACION PERMANENTE? (SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE Y ADJUNTE CERTIFICADOS E INDICACIONES)			
¿ESTA APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA?			
¿TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS?			

DEJO CONSTANCIA QUE .....SE ENCUENTRA EN CONDICIONES FÍSICAS ADECUADAS PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES A SU EDAD.

---------- ---------- Buenos Aires,……..

Firma del médico Sello

EN CUMPLIMIENTO DE LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE, ME NOTIFICO QUE TODA DERIVACIÓN DISPUESTA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEBE HACERSE A UN HOSPITAL PÚBLICO. POR TANTO DE SER NECESARIO, Y CONTANDO EL COLEGIO CON EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS:

AUTORIZO AL MISMO A DERIVAR A MI HIJO/A A UN HOSPITAL PÚBLICO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA):

SI EL PADRE/MADRE/TUTOR ACOMPAÑA AL ALUMNO EN EL VEHÍCULO DESDE EL COLEGIO O PREDIO DEPORTIVO. SI NO PUEDEN SER LOCALIZADOS, Y EL CASO REQUIERA ATENCIÓN HOSPITALARIA, UN DIRECTIVO O LA PERSONA QUE SE DESIGNE ACOMPAÑARÁ AL NIÑO.

NO EN EL CASO ME COMPROMETO A RETIRARLO DEL COLEGIO O PREDIO DEPORTIVO PARA SU ATENCIÓN BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

ATENCIÓN: SI EL ALUMNO DEBE TOMAR UNA MEDICACIÓN EN HORARIO ESCOLAR, EL COLEGIO NO PUEDE DÁRSELA SIN TENER LA RECETA ORIGINAL DEL MÉDICO, INDICANDO NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE, EL MEDICAMENTO, LA DOSIS Y EL HORARIO EN QUE DEBE SER ADMINISTRADO. LA RECETA DEBE TENER SELLO ACLARATORIO DE FIRMA Y MATRÍCULA DEL FACULTATIVO.

DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MÉDICO, AUTORIZO A MI HIJO/A A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACIÓN FÍSICA, DÁNDOME POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA CIRCULAR.

---------- ----------

Firma del Padre/Madre Aclaración

PLAZO DE ENTREGA: 07/03/2017

Instituto Educacional Duayén A- 990
Ballivián 2230 Tel/ fax 4524-1956/4521-6023

PARA LOS ALUMNOS INGRESANTES A 1° GRADO RECUERDEN ADJUNTAR A LA FICHA MEDICA, EL EXAMEN AUDITIVO Y VISUAL EXCLUYENTE PARA EL INGRESO A LA ESCOLARIDAD PRIMARIA