

ACTIVIDADES DEPORTIVAS AÑO 2018

FICHA MÉDICA

Nombre y Apellido:.....Grupo Sanguíneo.....
 DNI:.....Fecha de Nac:.....Edad:.....Sala/Grado/Curso:.....
 Domicilio:.....Tel.....
 Tel. Opcionales. 1:.....Pertencientes a
 2:.....Pertencientes 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 QUESE ENCUENTRA EN CONDICIONES FÍSICAS ADECUADAS PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES A SU EDAD.

.....
Firma del médico

.....
Sello

CABA,

PLAZO DE ENTREGA: 06/03/2018

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

EN CUMPLIMIENTO DE LA REGLAMENTACION 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 VEHICULO DESDE EL PREDIO. SI NO PUEDEN SER LOCALIZADOS, Y EL CASO REQUIERA ATENCION HOSPITALARIA INMEDIATA, UN DIRECTIVO O LA PERSONA QUE ÉSTE DESIGNE ACOMPAÑARÁ AL NIÑO).

NO EN ESTE CASO ME COMPROMETO A RETIRARLO DEL PREDIO PARA SU ATENCIÓN BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

ATENCIÓN: SI EL ALUMNO DEBE TOMAR UNA MEDICACIÓN (ANTIBIÓTICO, JARABE, PUFF PREVENTIVO, ETC) DURANTE EL CAMPAMENTO, LOS DOCENTES NO PUEDEN DARSELA SIN TENER LA RECETA ORIGINAL DEL MÉDICO (NO FOTOCOPIA), 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.

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR

ACLARACIÓN

CABA, 06/03/2018