



FICHA DE SALUD 2024 – Nivel Primario

| | |
|--|--------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE..... | |
| DNI:..... | FECHA DE NACIMIENTO..... |
| DIRECCIÓN..... LOCALIDAD..... | |
| AÑO..... CURSO..... TELÉFONO PARTICULAR..... | |
| TELÉFONO CELULAR..... | |
| OBRA SOCIAL..... CARNET N° | |
| <u>En caso de urgencia durante la actividad escolar, llamar a:</u> | |
| Apellido y nombre..... Teléfonos..... | |
| Apellido y nombre..... Teléfonos..... | |
| Apellido y nombre..... Teléfonos..... | |
| ¿Tiene o tuvo alguna enfermedad que requiera tratamiento periódico o control médico? | |
| NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál?..... | |
| ¿Durante los últimos años fue internado y/u operado? | |
| NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? ¿Por qué?..... | |
| ¿Tiene algún tipo de alergia? | |
| NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> La alergia se debe a: | |
| Describa sus manifestaciones..... | |
| ¿Recibe tratamiento? ¿cuál?..... | |
| ¿Presenta alguna limitación física? | |
| NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál?..... | |
| Otros problemas de salud..... | |
| | |
| ¿Presentó el calendario oficial de vacunación al día? | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿por qué? | |
| OBSERVACIONES: Indique aquí aquella información que crea Ud. necesaria que los docentes a cargo de su hijo/a tengan en cuenta: | |
| | |
| | |

LA TOTALIDAD DE LOS DATOS E INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR QUIEN SUSCRIBE LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA**. EL ABAJO FIRMANTE SE COMPROMETE A COMUNICAR AL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER MODIFICACIÓN DE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN FORMA INMEDIATA Y DE MANERA FEHACIENTE.

| | |
|-------------------------------------|----------|
| FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR..... | |
| ACLARACIÓN..... | DNI..... |
| LUGAR Y FECHA:..... | |

| | |
|--|--|
| (para ser completado por el médico) | |
| EL PACIENTE..... DE..... AÑOS DE EDAD SE | |
| ENCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS CURRICULARES Y DEPORTIVAS, NO | |
| COMPETITIVAS, SEGÚN SU EDAD, SEXO Y CONTEXTURA FÍSICA. | |
| LUGAR Y FECHA: FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO | |
| En caso de no poseer el APTO MÉDICO, deberán presentar la ficha de salud y un certificado médico donde indique diagnóstico y la fecha hasta la cual no podrá realizar actividad física. | |