

FICHA DE SALUD 2026 – Nivel Secundario

APELLIDO Y NOMBRE.....	FECHA DE NACIMIENTO.....
DNI:.....	LOCALIDAD.....
DIRECCIÓN.....
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.	

- DEBERÁ ADJUNTAR CERTIFICADO BUCODENTAL ACTUALIZADO