

**ALUMNO: Apellido y Nombre:** .....  
Domicilio: ..... Teléfono: .....  
Grupo sanguíneo y Factor: ..... Vacunación completa (incluye HPV): SI - NO

**Información para casos de emergencia:**

**PADRE: Apellido y Nombre:** ..... Celular: .....

**MADRE: Apellido y Nombre:** ..... Celular: .....

1. .... Vínculo:..... Celular: .....

2. .... Vínculo:..... Celular: .....

Pediatra: ..... Tel. de contacto: .....

**Cobertura Médica**

**Obra Social o Servicio de Emergencia:** ..... **N° de Afiliado:** .....

**Sanatorio/s al que se debe recurrir de no tener comunicación con los padres y/o personas indicadas (domicilio y teléfono):**  
.....

**Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual.**

**Anomalías congénitas:** SI – NO Cuál: .....

**Otras anomalías:**.....

**Alteraciones neurológicas:**.....

**Alteraciones emocionales:** .....

**Alteraciones en el Aparato Cardiovascular:** SI – NO Cuál.....

**Alteraciones en el Aparato Respiratorio:** SI – NO Cuál.....

**Alteraciones en la estructura abdominal:** SI – NO Cuál.....

**Alteraciones de la nutrición:** SI – NO Cuál.....

**Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular:** SI – NO Cuál.....

**Ha padecido o padece en la actualidad:**

Convulsiones SI – NO

Alteraciones en la piel SI – NO Cuál

Procesos inflamatorios SI – NO Cuál

Procesos Infecciosos SI – NO Cuál

Diabetes SI – NO

Dengue SI – NO

Otros:

Fiebre reumática SI – NO

Hepatitis SI – NO

Mal de Chagas SI – NO

Parotiditis SI – NO

Tuberculosos SI – NO

Vértigo / mareos SI – NO

**Alergias** SI – NO Cuál.....

**Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:**

Cefaleas SI – NO

Mareos SI – NO

Vómitos SI – NO

Cansancio extremo SI – NO

Otros:

Dolor en el pecho SI – NO

Dificultad para respirar SI – NO

Pérdida de conciencia SI – NO

**Toma alguna medicación en forma regular** (Motivo – Descripción – Fecha estimada de inicio de tratamiento – Dosis – Administración)  
.....

**Fue operado/a en algún momento** SI – NO De qué:.....

**Medicamentos que NO DEBEN SE SUMINISTRADOS** bajo ninguna circunstancia: .....

**Observaciones** **1)** —Los informes que constan en esta ficha son de suma importancia y se les asigna el valor de DECLARACIÓN JURADA. Los señores padres tienen la obligación de notificar al Colegio la modificación de cualquiera de los datos consignados, en el momento de producirse los mismos. **2)** —El Colegio no suministra medicamentos a los alumnos en ningún caso. Si un alumno debe o necesita tomar algún medicamento en horario escolar, debe proveerlo él mismo. **3)** —Para iniciar las actividades de Educación Física del ciclo lectivo es necesario presentar anualmente el certificado médico de aptitud firmado y sellado por un profesional, emitido durante el año en curso, que indique que el alumno se encuentra apto para la práctica de Educación Física. **4)** —Los impedimentos para Educación Física demandan una tramitación especial: recurrir a Secretaría apenas iniciado el ciclo lectivo.

**ME NOTIFICO** de todo lo expuesto en la presente Ficha Anual de Salud y de que los datos aquí consignados revisten carácter de Declaración Jurada. **ME HAGO RESPONSABLE** del control médico pertinente y de informar, en forma inmediata, cualquier cambio en los datos aquí consignados o cualquier circunstancia que revista importancia en relación con la salud de mi hijo/a o que le impida participar en clases de Educación Física. Fecha: ...../...../.....

ACLARACIÓN FIRMA: ..... FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR: .....