

**FECHA DE ENTREGA: HASTA EL DÍA 15 DE MARZO 2019. Los alumnos que no  
 hayan entregado a la fecha la ficha médica no podrán participar de las clases de  
 Educación Física (escuela y/o campo de deportes)  
 INSTITUTO SCHILLER A-643  
 FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD CICLO LECTIVO 2019  
 NIVEL INICAL-PRIMARIO**

Apellido y Nombres del alumno: .....  
 Edad: .....  
 Domicilio..... Teléfono: .....  
 Curso: ..... División: .....  
 DNI.....Teléfonos alternativos.....

<i>ANTECEDENTES 2019</i>	
<b>Completar todos los ítems con :</b>	<b>SI - NO</b>
<b>A) Se encuentra padeciendo:</b> <input type="checkbox"/> Procesos inflamatorios o infecciones .....	.....
<b>B) Padece alguna de las siguientes enfermedades:</b> <input type="checkbox"/> Metabólicas: diabetes ..... <input type="checkbox"/> Cardiopatías congénitas..... <input type="checkbox"/> Cardiopatías Infecciosas..... <input type="checkbox"/> Hernias inguinales, otras..... <input type="checkbox"/> Alergias..... <input type="checkbox"/> Espasmos Bronquiales .....	..... ..... ..... ..... .....
<b>C) Ha padecido en fecha reciente:</b> <input type="checkbox"/> Hepatitis (60 días)..... <input type="checkbox"/> Sarampión (30 días)..... <input type="checkbox"/> Paroditis (30días)..... <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa (30 días)..... <input type="checkbox"/> Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días).....	..... ..... ..... ..... .....
<b>D) Alguna otra situación particular determinada por el médico (*):</b> <input type="checkbox"/> ¿Cuál?.....	.....
<b>E) ¿Toma medicamentos en forma permanente?</b> <input type="checkbox"/> Indique cuáles .....	.....
<b>¿Tiene las vacunas actualizadas?</b> (adjuntar fotocopias) <b>¿Libreta Sanitaria actualizada?</b> (adjuntar fotocopias) <b>ADJUNTAR CERTIFICADO AGUDEZA VISUAL</b> (Conforme texto Art. 1 Ley N° 2223 BOCB N° 2613) (**)	..... ..... .....
<b>¿Posee Cobertura Médica? ¿Cuál?</b> ..... N° de Afiliado: ..... <b>Datos del domicilio y teléfono de tal cobertura:</b> ..... .....	

El/la alumno/a ..... **ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA: SI NO** (Tachar lo que NO corresponda)  
 (\*) Adjuntar a la presente toda información que padres o médicos consideren de importancia en referencia a la ficha de salud de su hijo y no esté indicada en la misma.  
 (\*\*) 1er. grado

.....  
 Lugar y fecha

.....  
 Firma y sello del médico

.....  
 Aclaración

.....  
 Firma madre/padre o tutor

.....  
 Aclaración

**NOTA: Es obligatoria la firma y sello del profesional médico en la presente ficha de salud caso contrario, la misma carece de validez.**

