

**INSTITUTO MONSEÑOR DILLON****FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD – ACTUALIZACION**

Nombre y Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	
Edad actual:	
DNI:	

Médico Pediatra/de familia:	Teléfono de contacto:
Cobertura Médica:	Plan:
Número Afiliado:	
<u>Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:</u>	
1.-	
2.-	
3.-	
En caso de Emergencia comunicarse con:	
1.-	
2.-	

<u>Información General:</u>		
Peso kg:	Estatura:	cm.

- ¿Realiza tratamiento psicológico o psicopedagógico en la actualidad?    SI    NO

Desde: (fecha)..... Motivo: .....

- ¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad?    SI    NO

Detallar: .....

- ¿Ha sido internado o sufrido lesiones de consideración en el último año?    SI    NO

Detallar:.....

- En el último año, ¿ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO

Detallar:.....

- ¿Toma alguna medicación? SI NO

(motivo-descripción-fecha inicio de tratam.-dosis-administración)

.....

- ¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO

Detallar:.....

- ¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO

Detallar:.....

- ¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar?

Especificar: .....

## OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de nuestro/a hijo/a son verídicos.

Autorizamos al Dto. médico del establecimiento educativo o al servicio de emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PROGENITOR \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

ACLARACION \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROGENITOR \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

ACLARACION \_\_\_\_\_



## **CERTIFICADO DE APTITUD FISICA**

Ciudad de Buenos Aires, \_\_de\_\_\_\_ 202\_\_

Certifico que \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar en actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias de Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativas o competitivo, curriculares o extracurriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.-

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Interviniente