



Ficha Médica Certificado de Salud

- Debe ser entregada al docente el 1° día de clase con fecha 2017
- Aquellos alumnos que no presenten esta certificación no podrán realizar la actividad hasta su presentación.

Datos Particulares

Apellido y Nombre: _____

LE / LC / DNI / CI: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

En caso de ser necesario avisar a:

Nombre: _____ Tel.: _____ Cel.: _____

Nombre: _____ Tel.: _____ Cel.: _____

¿Está afiliado a algún seguro médico u Obra Social?

¿Cuál? _____ N° Carnet: _____ N° a Llamar: _____

Sr. Médico:

Por favor complete los datos requeridos en esta ficha médica.
 Estos antecedentes son necesarios para una mejor atención en caso de emergencia y para la práctica de Educación Física y de actividad deportiva.

Ficha Médica

Datos Básicos y Fundamentales:

Grupo Sanguíneo: _____ Factor Rh: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ m

Ha tenido o tiene ahora (indique con una X):			
Alteraciones en las articulaciones o columna		Fiebre reumática	Parotiditis
Asma bronquial		Hepatitis (tipo).....	Procesos inflamatorios
Bronquitis		Hernias	Reumatismo
Celíaco		Hipertensión arterial	Sarampión
Convulsiones		Meningitis	Sinusitis
Diabetes		Mononucleosis infecciosa	Tos convulsiva
Dolor de cabeza severo		Otitis	Tuberculosis
Enfermedades cardíacas		Paperas	Úlcera gastroduodenal
Epilepsia		Problemas emocionales	Varicela
Escarlatina		Problemas neurológicos	Vértigos o mareos
Lesiones deportivas (detallar)			
Otra enfermedad seria:			

	Si/No	Fecha		Si/No	Fecha
Apendicetomía			Transfusiones		
Traumatismos cráneo			Traumatismos columna		
Fracturas					
Otro accidente importante:					
Otra operación seria:					

¿Tiene algún problema en los órganos citados a continuación?			
Ojos, nariz o garganta		Tórax, pulmones, corazón	
Cabeza, cuello		Abdomen, estómago, intestinos	
Sistema genético – urinario		Músculos, huesos	
Sangre, vasos sanguíneos, linfáticos		Piel	
Si su contestación es afirmativa, explique			

Presenta reacción alérgica a			
Suero		Drogas	
Alimentos		Otros	
Si su contestación es afirmativa dé el nombre y el tipo de reacción:			

Vacunas (indicar fecha de la última dosis aplicada)			
Sabin		BCG	
Doble		Antitetánica	
Triple		Rubéola	
Sarampionosa			

CONTROL OFTALMOLOGICO	¿Usa lentes? SI - NO
------------------------------	----------------------

CONTROL BUCODENTAL	¿Adjunta certificado? SI - NO
---------------------------	-------------------------------

¿Toma alguna medicación en forma regular?: _____
 ¿Cuál?: _____ ¿En que dosis?: _____

¿Padece enfermedades Infecto contagiosas?: _____
 ¿Cuál?: _____

Indique incapacidades físicas: _____

SI ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA AFECCIÓN, MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:
DIAGNÓSTICO: _____
MEDICAMENTO: _____ DOSIS: _____
OBSERVACIONES: _____

Certificado de Salud

C.A.B.A.,.....

Certifico haber examinado a DNI:.....
 quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acorde a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Casa de Jesús (A-107)

 Firma del Profesional

 Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

 Firma de Padre, Madre o Tutor

 Aclaración

(LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DEBE SER EXPEDIDA A PARTIR DEL 01/02/17)

- SE DEBE ADJUNTAR CERTIFICADO BUCODENTAL Y OFTALMOLOGICO (SOLO 1° GRADO)
- Medicamentos: Les transcribimos la normativa que nos hizo llegar Sanidad Educativa con respecto a este tema:
 “La administración de medicamentos a un menor, queda bajo la absoluta responsabilidad de los Sres. Padres, Tutores o Encargados de guarda bajo decisión de juez competente, no debiendo, ni pudiendo ser delegado a terceros, llegando a incurrir en negligencia culposa quien delegare o aceptare esa responsabilidad, cuando de ella se desprendiere una falla que atentare contra la integridad del menor. Serán los padres quienes deban concurrir a administrar la medicación a su hijo, en caso que ésta fuera imprescindible de efectuarse en horario escolar, debiendo la autoridad educativa facilitarle el ámbito y los medios físicos para que la misma pueda administrarse