



Ficha Médica Certificado de Salud

- Debe ser realizada a partir de 1 de febrero de 2019.
- Los alumnos que no presenten esta certificación antes de esa fecha no podrán realizar la actividad y se les consignará como ausente, 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 01/02/19)

- **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