



**FICHA DE SALUD y AUTORIZACION**

J.L. Suarez, Marzo de 2.017

El que suscribe padre, madre o tutor del alumno.....del Colegio Almafuerate que cursa.....toma conocimiento y autoriza para que su hijo/a realice actividades física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

**1) Rogamos completar la siguiente actualización de datos**

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO.....
DOMICILIO.....C.P..... TE.....
DOC. N°..... LUGAR DE NAC. ....
OBRA SOCIAL..... N° DE AFILIADO.....
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR.....

**2) En caso de URGENCIA ¿A quién llamar y donde derivar?**

DIRECCION Y TELEFONO: .....
1° teléfono..... 1° celular.....
2° teléfono..... 2° celular.....

Trasladarlo a: .....

**3) ¿EL ALUMNO tiene alguna característica especial de salud?**

Alérgico a..... Diabetes..... Epilepsia.....
Asma..... Arritmia cardiaca..... Desmayos.....
Disritmia cerebral..... Cardiopatías.....
¿Otras? ¿Cuáles?.....

**4) Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)**

a- Procesos inflamatorios (.....)
b- Fracturas o esguinces (.....)
c- Enfermedades infecto-contagiosas (.....)
d- Otras.....

**5) ¿Está tomando alguna medicación? SI – NO**

En caso de respuesta positiva indicar cual.....

**6) Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo .....**

NOTA: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla, deberá presentarse conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avala la afección consignada indicando si en virtud de la misma el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividades físicas. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas, u otra particular, me comprometo a informar por medios fehacientes.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a.....

En.....a los.....días del mes de.....del año 2.017

Autorizando por la presente, en caso de emergencia, a actuar según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

OBRA SOCIAL:

N° DE AFILIADO:

ACLARACION: La firma de uno de los padres implica conocimiento y aceptación por parte de ambos.

-----

Firma del Padre y DNI

-----

Firma de la Madre Y DNI



