



FICHA DE SALUD INDIVIDUAL - VÁLIDA PARA EL CICLO LECTIVO 2025

Ficha para ser completada y firmada por el padre y/o tutor:

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

APELLIDO/S: _____

NOMBRE/S: _____

D. N.I .Nº: _____

GRADO: _____

NÚMEROS TELEFÓNICOS POR URGENCIAS: _____

GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH: _____

OBSERVACIONES ESPECIALES:

1. Enfermedades y/o dolencias recientes (en los últimos 12 meses) Informar si continúa tratamiento.

2. Padece enfermedades y/o dolencias crónicas (informar si continúa tratamiento médico).

3. Alergias, sensibilidades y efectos contraproducentes por algún medicamento/alimento.

4. Alergias, sensibilidades y efectos contraproducentes por algún agente natural (insectos, luz solar, tierra/polvillo, polen, etc.)

5. ¿Ha tenido convulsiones?

6. ¿Ha tenido episodios de mareos u otros y/o dificultades respiratorias durante o después de realizar ejercicio físico/deportivo?

7. Presenta lesiones y/o traumatismos óseos que impidan realizar actividad física/deportiva/esparcimiento.

8. ¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación?

9. ¿Realiza o realizó alguna vez un tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿Recibió algún diagnóstico por parte del profesional? ¿Cuál? ¿Realizó tratamiento para ello?

10. ¿Presenta diagnóstico u observaciones de tipo neurológicas o psicomotrices?

En caso de existir alguna de las observaciones anteriores, informar quién es el profesional médico de cabecera.

Los padres o tutores DECLARAN BAJO JURAMENTO:

1. Que la información de salud arriba consignado, es correcta y completa.
2. Que autoriza a su hijo/a a realizar actividad física en las asignaturas y proyectos que lo requieran, y a desplazarse en el edificio y predio escolar conforme a la estructura y exigencias edilicias y espaciales existentes.
3. Que autoriza en caso de necesidad a que su hijo/a sea atendido por el servicio de emergencia medica contratado por la institución, dejando constancia de contraindicaciones a determinados medicamentos.
4. En caso de presentarse enfermedades, trastornos, intervenciones, incapacidades o tratamientos posteriores a la presentación de esta D.D.J., comunicará inmediatamente a la institución dicha novedad, acompañando con certificados médicos o historias clínicas que correspondan.

Firma del Padre y/o Tutor: _____

Aclaración de Firma: _____

Nº DNI: _____