

**FICHA DE SALUD INDIVIDUAL - VÁLIDA PARA EL CICLO LECTIVO****DATOS PERSONALES DEL ALUMNO**

APELLIDO/S: ..... NÚMEROS TELEFÓNICOS PAR URGENCIAS: .....

NOMBRE/S: .....

D.N.I. N°: .....

GRADO/CURSO/AÑO: ..... DIV.: ..... GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH: .....

DOMICILIO FAMILIAR: .....

**OBSERVACIONES ESPECIALES**

1) ENFERMEDADES Y/O DOLENCIAS RECIENTES (EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES) INFORMAR SI CONTINUA TRATAMIENTO:

.....  
.....

2) PADECE ENFERMEDADES Y/O DOLENCIAS CRÓNICAS (INFORMAR SI CONTINUA 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) DIAGNÓSTICOS Y/O OBSERVACIONES DE TIPO NEUROLÓGICAS/PSICOLÓGICAS/ PSICOMOTRICES (INFORMAR SI ESTÁ BAJO TRATAMIENTO)

.....  
.....

6) LESIONES Y/O TRAUMATISMOS OSEOS QUE IMPIDAN REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA/DEPORTIVA/ESPARCIMIENTO (INFORMAR SI ESTÁ BAJO TRATAMIENTO)

.....  
.....

7) 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 consignada es correcta y completa

2.- Que autoriza a su hijo 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 Médica contratado por la Institución, dejando constancia de contraindicaciones a determinados medicamentos.

4.- Que en caso de presentarse enfermedades, trastornos, intervenciones, incapacidades o tratamientos posteriores al completamiento de ésta D.D. J. J., Comunicará inmediatamente a la institución dicha novedad, acompañando con certificados médicos o historias clínicas que correspondan.

**Aclaraciones respecto a los Items 1,2,3, y 4:** .....

.....

FIRMA TUTOR: .....

ACLARACIÓN: .....

N° de D.N.I.: .....