



FICHA DE SALUD INDIVIDUAL - VÁLIDA PARA EL CICLO LECTIVO: 2025

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

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

APELLIDO/S:

NÚMEROS TELEFÓNICOS POR URGENCIAS:

NOMBRE/S:

D.N.I.Nº:

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 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 ejercicios físicos/deportivos?
- 7) ¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación?
- 8) ¿Realiza o realizo alguna vez un tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿Recibió algún diagnostico por parte del personal? ¿Cuál? ¿Realizó tratamiento para ello?
- 9) Presenta diagnóstico u observaciones de tipo neurológicas o psicomotrices? (Informar si está bajo tratamiento)
- 10) Lesiones y/o traumatismos óseos que impidan realizar actividad física/deportiva/esparcimiento (Informar si está bajo tratamiento)
- 11) 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 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.J., comunicará inmediatamente a la institución dicha novedad, acompañando con certificados Médicos o historias clínicas que correspondan.

Aclaraciones respecto a los ítems 1, 2, 3 y 4:

Firma tutor:

Aclaración:

NºDNI: