



FICHA DE SALUD Y AUTORIZACIÓN INFANTIL

Servirá como constancia de certificado médico (Apto físico) siempre y cuando esté firmado por quien corresponda

DATOS GRALES.

Apellido y nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre padre o tutor: _____

Nombre de madre o tutora: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono urgencias: _____

Domicilio: _____

Mail padres: _____

Cobertura médica: _____ N° afiliado: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

¿Ha padecido alguna vez las siguientes enfermedades?

Rubeola ☐ Hepatitis ☐ Sarampión ☐ Paperas ☐
Mononucleosis ☐ Varicela ☐ Otra/s _____

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes ☐ Celiaquía ☐ Epilepsia ☐ Convulsiones ☐
Otras _____

¿Estuvo alguna vez internado? SI NO ¿Diagnóstico? _____

¿Fue intervenido quirúrgicamente? SI NO ¿Diagnóstico? _____

¿Toma alguna medicación? SI NO ¿Cuál? _____

¿Tiene vacuna antitetánica? SI NO Fecha _____

¿Matiene alguna dieta especial? SI NO Describir en caso afirmativo _____

¿Presenta algún cuadro alérgico? SI NO ¿Cuál? _____

FIRMAS/AUTORIZACIONES

¿Autoriza a que su hija/o participe en fotos del estudio? SI NO

Se autoriza a que el niño sea cambiado por el docente en caso de ser necesario SI NO

Firma y aclaración del mayor responsable (madre, padre o tutor) _____

Firma y sello del médico de cabecera