



# COLEGIO DE LOS SANTOS PADRES

Departamento de Educación Física - NIVEL INICIAL

## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

La presente ficha tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA.

| Nombre y apellido |                     |            |            | Fecha de nacimiento      |
|-------------------|---------------------|------------|------------|--------------------------|
| Documento         | Teléfono Particular | Cel. madre | Cel. padre | Grupo sanguíneo y factor |
| Domicilio         |                     |            |            | Localidad                |
| Cobertura médica  |                     |            |            | Número de Cobertura      |

### INDICAR CON UNA X

SI

NO

#### a) Se encuentra padeciendo

- Problemas auditivos (hipoacusia u otros)
- Problemas visuales
- Dificultades en el lenguaje
- Algún proceso inflamatorio/infección
- Alteraciones en la marcha o en la columna
- Problemas respiratorios-asma u otros relacionados. Alergia (Especificar en el ítem h)
- Presenta alguna limitación física (Especificar en el ítem h)

#### b) Padece alguna de las siguientes enfermedades

- Metabólicas: diabetes-celiaquía
- Cardiopatías congénitas o infecciosas
- Hernias inguinales-crurales
- Otras

#### c) Ha padecido en fecha reciente

- Convulsiones (6 meses)
- Hepatitis (60 días)
- Sarampión (30 días)
- Parotiditis (30 días)
- Mononucleosis infecciosa (30 días)
- Cirugía (6 meses) (Especificar en el ítem h)
- Esguinces o luxaciones de tobillos, hombros (60 días)

### RESALTAR LA OPCIÓN CORRECTA Y ESPECIFICAR

d) ¿Toma medicación en forma permanente? SI NO ¿Cuál?

e) ¿Se encuentra realizando algún tratamiento médico? SI NO ¿Cuál?

f) ¿Está en tratamiento psicológico, psicopedagógico o fonoaudiológico? SI NO ¿Cuál?

g) Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez? SI NO ¿Por qué?

#### h) Otras consideraciones

### CERTIFICACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Certifico que mi hijo puede participar plenamente durante el presente ciclo lectivo de las clases de Educación Física y me comprometo a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

|               |       |            |     |
|---------------|-------|------------|-----|
| MARZO<br>Sala | Firma | Aclaración | DNI |
| MARZO<br>Sala | Firma | Aclaración | DNI |
| MARZO<br>Sala | Firma | Aclaración | DNI |
| MARZO<br>Sala | Firma | Aclaración | DNI |