



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 Sala	Firma	Aclaración	DNI
MARZO Sala	Firma	Aclaración	DNI
MARZO Sala	Firma	Aclaración	DNI
MARZO Sala	Firma	Aclaración	DNI