



PARA COMPLETAR POR LOS PADRES Y/O TUTOR

LUGAR Y FECHA: / /

Datos Personales:

Alumno			
DNI	Fecha de nacimiento		
Edad	Nivel	Año	Sección
Obra social	Grupo sanguíneo y Factor:		
Nº de credencial	Celular padre:		
Domicilio:	Celular madre:		

1. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

NO SI ¿Cuál? _____

¿Ha sido operado? NO SI ¿De qué? _____

2. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SI NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: _____

La alergia se debe a: _____ No sabe

¿Recibe tratamiento permanente? SI NO

3. TRATAMIENTOS:

¿Recibe tratamiento médico? SI NO Especifique: _____

¿Psicológico? SI NO Motivo: _____

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración: _____

Otros problemas de salud:

4. ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO:

Page 10 of 10

Page 10 of 10

5. ANTECEDENTES DE LESIONES:

¿Traumatismo de Cráneo? _____ ¿Politraumatismos? _____

¿Fractura de algún miembro? _____ ¿Cuál? _____ ¿Fue tratado con yeso o fue operado? _____

¿Esguince o Luxaciones? _____

¿Dolores frecuentes en las rodillas? _____ ¿En los tobillos? _____ ¿En los hombros? _____

¿En las manos? _____ ¿En la espalda o cintura? _____

¿En otras articulaciones? _____ ¿Cuál? _____ ¿Tiene pie plano? _____

6. ¿Usa anteojos? SI / NO

Permanentes - Sólo para leer (tache lo que no corresponde)

¿Por qué motivo? _____

7. OBSERVACIONES: _____

8. El que suscribe declara que los datos que ha relatado son reales sin omitir ni falsear información acerca de la salud y/o cuidados especiales que pudiera necesitar su hijo/a, comprometiéndose a informar cualquier novedad que surgiera durante el transcurso del año lectivo; y toma conocimiento y autoriza para que su hijo/a realice actividad física en el Instituto, en el Hindú Club o representando al Colegio en un encuentro o torneo intercolegial.

Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración

IMPORTANTE

LOS ALUMNOS QUE INGRESAN A 1º AÑO DE E.P. (Escuela Primaria) DEBERÁN ADJUNTAR EXAMEN OFTALMOLÓGICO Y AUDIOMETRÍA

PARA COMPLETAR ÚNICAMENTE POR EL MÉDICO

CERTIFICO QUE EL / LA ALUMNO/A _____

DE _____ ESTÁ APTO/A PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS EN EL
COLEGIO ESTRADA/JARDÍN DE INFANTES Y MATERNAL LOS GIRASOLES

FIRMA DEL MÉDICO

SELLO

ESTA FICHA DEBERÁ SER ENTREGADA EN UN FOLIO VIA CUADERNO DE COMUNICADOS