

(Imprimir en hoja oficio) FECHA DE ENTREGA: HASTA EL DÍA 18 DE MARZO 2022. Los alumnos/as que no hayan entregado a la fecha la ficha médica no podrán participar de las clases de Educación Física (escuela y/o campo de deportes)

INSTITUTO SCHILLER A-643

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD CICLO LECTIVO 2022
NIVEL INICAL-PRIMARIO

Apellido y Nombres del alumno/a: Fecha de nac.....
Domicilio..... Teléfono:
Curso/Sala: División: DNI..... Teléfonos alternativos.....

ANTECEDENTES 2022

Completar todos los ítems con :	SI – NO
A) Se encuentra padeciendo: <input type="checkbox"/> Procesos inflamatorios o infecciones
B) Padece alguna de las siguientes enfermedades: <input type="checkbox"/> Metabólicas: diabetes
<input type="checkbox"/> Cardiopatías congénitas.....
<input type="checkbox"/> Cardiopatías Infecciosas.....
<input type="checkbox"/> Hernias inguinales, otras.....
<input type="checkbox"/> Alergias.....
<input type="checkbox"/> Espasmos Bronquiales
C) Ha padecido en fecha reciente: <input type="checkbox"/> Hepatitis (60 días).....
<input type="checkbox"/> Sarampión (30 días).....
<input type="checkbox"/> Parotiditis (30 días).....
<input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa (30 días).....
<input type="checkbox"/> Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días).....
D) Alguna otra situación particular determinada por el médico (*): <input type="checkbox"/> ¿Cuál?.....
E) ¿Toma medicamentos en forma permanente? <input type="checkbox"/> Indique cuáles
¿Tiene las vacunas actualizadas?(adjuntar fotocopias obligatorio) ¿Libreta Sanitaria actualizada? (adjuntar fotocopias) SÓLO 1er. GRADO: ADJUNTAR CERTIFICADO AGUDEZA VISUAL (Conforme texto Art. 1 Ley N° 2223 BOCB N° 2613)
¿Posee Cobertura Médica? ¿Cuál? N° de Afiliado: Datos del domicilio y teléfono de tal cobertura: Adjuntar fotocopia de la credencial de la Obra Social.	

ANEXO COVID-19 (Información de importancia para poder tomar decisiones ante la necesidad de aislamientos)

VACUNACIÓN contra el COVID-19 (Tachar lo que NO corresponda)

SI NO

1era. DOSIS – FECHA:

2da. DOSIS - FECHA:

REFUERZO FECHA:

CONTRAJO COVID-19 (Tachar lo que NO corresponda)

SI NO

FECHA DEL ÚLTIMO ALTA EPIDEMIOLOGICO (si corresponde):

El/la alumno/a ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA: SI NO
(Tachar lo que NO corresponda)

(* Adjuntar a la presente toda información que padres o médicos consideren de importancia en referencia a la ficha de salud de su hijo y no esté indicada en la misma.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y sello del médico

.....
Aclaración

.....
Firma madre/padre o tutor

.....
Aclaración

NOTA: Es obligatoria la firma y sello del profesional médico en la presente ficha de salud caso contrario, la misma carece de validez. En el caso de poseer un certificado de APTO FÍSICO ESCOLAR – APTO MÉDICO ESCOLAR del AÑO 2022, extendido por profesional médico, SÓLO COMPLETAR EL ANEXO COVID-19, con la firma del responsable parental y adjuntar el certificado médico a la presente ficha (no es necesaria una nueva consulta médica). TODA INFORMACIÓN ENTREGADA TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.