

DATOS PERSONALES Y FICHA MEDICA 2020

Completar con letra imprenta

Actividad:.....Fecha de ingreso:.....

Profesor a cargo:.....

Datos del alumno:

Apellido y Nombres:.....

Domicilio:..... Localidad:..... CP:.....

Teléfonos:.....

Fecha de Nacimiento:..... Edad:..... Sexo:..... D.N.I.:.....

Curso: Nivel:

En caso de emergencia:

Nombre de la madre: Celular:

Nombre del padre: Celular:

Obra Social:..... Socio N°:..... Teléfonos:.....

Sanatorios: Teléfonos:.....

Médico de cabecera: Teléfonos:

Historia clínica (circule lo que no corresponda)

SE ENCUENTRA PADECIENDO / HA PADECIDO RECIENTEMENTE:		
Procesos inflamatorios	SI	NO
Procesos infecciosos	SI	NO
Esguince o luxación	SI	NO
Distensión muscular	SI	NO
Esta totalmente recuperado:		

HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:		
Sarampión	SI	NO
Parotiditis	SI	NO
Hepatitis	SI	NO

PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:		
Metabólicas diabetes	SI	NO
Cardiopatías congénitas	SI	NO
Cardiopatías infecciosas	SI	NO
Hernias inguinales y crurales	SI	NO

MEDICACION

¿Está tomando medicinas?	SI	NO
¿Cuál?		
¿Sigue algún tratamiento?	SI	NO
¿Cuál?		

PROBLEMAS DETECTADOS		
Cardíacos	SI	NO
Respiratorios	SI	NO
Neurológicos	SI	NO
Óseos y/o articulares	SI	NO
Otros:		
¿Está cumpliendo algún tratamiento? Indíquelo:		

VACUNAS		
Antitetánica	SI	NO
¿Cumplió correctamente con los planes de vacunación?		

ALERGIAS		
¿Es alérgico a comidas?	SI	NO
¿Cuáles?		
¿Es alérgico a medicinas?	SI	NO
¿Cuáles?		
¿Es alérgico a las picaduras?	SI	NO
¿Cuáles?		

GRUPO SANGUINEO (Grupo y factor).....

NOTA: en caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems, deberá adjuntar el certificado que avale la afección consignada en virtud de que el alumno se encuentre o no capacitado para realizar actividad física.

El pago para alumnos será a través de la cuota escolar.

Marzo a Diciembre incluido se abona el mes completo.

Desligo de toda responsabilidad civil a la escuela (propietarios y Representantes Legales) y certifico que los datos que anteceden responden enteramente a la verdad, haciendome responsable por omisión a los mismos.

En caso de emergencia autorizo a mi hijo/a.....
a ser atendido/a y de ser necesario trasladarlo/a por el servicio de emergencia médica.

Firma madre / padre / tutor:..... Aclaración:.....

D.N.I.:.....