



#### Datos del Alumno

Apellido/s y Nombre/s				DNI		Curso	División
Edad	Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento			Nacionalidad	
Domicilio (Calle)			Numero	Piso	Dpto.	Localidad - Barrio	
Teléfono		Teléfono Celular		Correo Electrónico			

#### Datos sobre la Salud

Peso	Talla	Padece actualmente (indicar SI o NO):				
Diabetes <input type="checkbox"/>	Cardiopatías <input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>	Hipotensión Arterial <input type="checkbox"/>	Asma Bronquial <input type="checkbox"/>		
Hernia inguinal o crucial <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>	Otras				
¿Recibe tratamiento medico? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Es alérgico/a? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿A que? _____						
¿Recibe tratamiento? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Recibe alguna medicación en forma habitual? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Para que? _____						
¿Presenta alguna limitación física? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Presenta alguna situación particular determinada por su medico? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Esta apto para realizar Educación Física? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>						
¿Tiene actualizado el Calendario de Vacunas? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>						
¿Tiene la vacuna Antitetánica actualizada? (para los mayores de 15 años) No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha de la ultima aplicación _____						
¿Posee cobertura médica? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ N° de socio _____						

Los datos consignados en la presente ficha revisten el carácter de declaración jurada y son, únicamente, responsabilidad de padres, tutores o personas a cargo de los alumnos, quienes se comprometen a informar por escrito cualquier circunstancia que modifique esta declaración.

LA PRESENTE FICHA **DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA** DEBE SER ENTREGADA ANTES DEL **15/03/2019**

Firma del Padre	
Aclaración	DNI

Firma del Madre	
Aclaración	DNI

Firma del Tutor, Encargado o Responsable	
Aclaración	DNI

El Instituto cuenta con la asistencia médica de *SANIDAD EDUCATIVA (Congreso 3015 CABA – tel 45422323)*. En caso de ser necesaria la derivación de un alumno, se hará a un centro asistencial perteneciente al Gobierno de la Ciudad. Los padres, tutores o responsables deberán asistir al mismo una vez notificados y tomar las decisiones que consideren adecuadas en cuanto a la atención, diagnóstico y tratamiento. El traslado a centros asistenciales dependientes de la obra social o medicina prepaga de la familia dependerá exclusivamente de los padres, tutores o responsable. En cualquier circunstancia el Instituto deslinda toda responsabilidad.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Certifico que  ha sido examinado/a

clínicamente en el día de la fecha encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares generales y actividades físicas recreativas y/o deportivas no competitivas acordes a su edad, sexo y grado de maduración y desarrollo.

*Firma del médico*

*Sello*

Instituto  
Santa Ana y  
San Joaquín 