

**Datos del Estudiante**

Apellido y Nombre del estudiante:	DNI N°:
Curso:	División:
Fecha de nacimiento:	Edad Actual:

**Datos sobre la salud**

¿Posee cobertura médica?	¿Cuál?	Nº socio:
Médico de familia/pediatra:		Teléfono:
Grupo Sanguíneo:	Factor RH:	Peso / Estatura:

**Tachar lo que NO corresponda**

Vacunación completa	SI	NO	Anomalías respiratorias	SI	NO
Anomalías congénitas	SI	NO	Sinusitis	SI	NO
Alteraciones neurológicas	SI	NO	Asma Bronquial	SI	NO
Alteraciones emocionales	SI	NO	Broncoespasmos crónicos	SI	NO
Cardiopatías	SI	NO	Hernias	SI	NO
Arritmias o soplos	SI	NO	Cirugías	SI	NO
Afecciones circulatorias	SI	NO	Ulceras	SI	NO
Hipertensión arterial	SI	NO	Fracturas	SI	NO
Hipercolesterolemia	SI	NO	Luxaciones	SI	NO
Hemofilia	SI	NO	Esguinces	SI	NO
Obesidad	SI	NO	Lesiones en ligamentos	SI	NO
Alteraciones digestivas	SI	NO	Lesiones musculares o en tendones	SI	NO
Celiaquía	SI	NO	Alteraciones en columna	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Cefaleas	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Vértigos o mareos	SI	NO
Fiebre reumática	SI	NO	Alteraciones en la piel	SI	NO
Hepatitis	SI	NO	Alergias	SI	NO
Parotiditis	SI	NO	Usa lentes	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO	Evaluación auditiva normal	SI	NO

En caso de haber marcado **SI** aclarar:

¿Toma alguna medicación en forma regular?	SI	NO	Especificar:
¿Ha sido internado alguna vez?	SI	NO	Especificar:
¿Fue operado de algo?	SI	NO	Especificar:
¿Actualmente existe alguna situación de salud que deba informar?	SI	NO	Especificar:

**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.**

Firma del Padre		Firma de la Madre		Firma del Tutor, Encargado o Responsable	
Aclaración	DNI	Aclaración	DNI	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 de Buenos Aires, ..... de .....de 2020.

Certifico que ..... con DNI N° .....

Habiendo sido examinado clínicamente y realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares, viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física; sean las mismas de carácter recreativo, curricular o extra curricular; todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma del Médico	Sello del Médico