



# INSTITUTO CRISTIANO EVANGELICO ARGENTINO

Entidad Propietaria: MISIÓN EVANGÉLICA EN VILLA REAL

Asociación Civil Decreto N° 15433/45

Incorporado a la Enseñanza Oficial

Nivel Inicial DIEGEP 2207 - Apte. Est. 100%

Nivel Primario DIEGEP 797 - Apte. Est. 100% - Nivel Secundario DIEGEP 4935 - Apte. Est. 100%

4 de Noviembre 5020 - (1682) Villa Bosch - Ptdo. 3 de Febrero - Pcia. De Bs. As - Tel. (11)4759-1850/8755 - Email: icea@icea.edu.ar

## FICHA DE SALUD DEL ALUMNO - CICLO LECTIVO 2023

Apellido y Nombres:	
D.N.I N°	Fecha de Nacimiento:
Curso:	Sección / Modalidad:
Domicilio (Real):	Teléfono:
Localidad:	Teléfono alternativo (Obligatorio)
Código Postal:	
<b>Obra Social ó Cobertura Médica</b>	Nombre: Domicilio:
	Socio N°: Teléfono por Urgencias:

### ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

	<i>(Indicar por sí o por no)</i>	
	SI	NO
1. Se encuentra padeciendo <i>procesos inflamatorios o infecciosos?</i>		
2. Padece alguna de las siguientes enfermedades: <i>Metabólicas (diabetes) <input type="checkbox"/> Cardiopatías congénitas <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/></i> <i>Cardiopatías infecciosas <input type="checkbox"/> Hernias inguinales, crurales <input type="checkbox"/></i>		
3. ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?		
4. ¿Tiene algún tipo de alergia? ▪ En caso afirmativo, describa sus manifestaciones _____ ▪ La alergia se debe a _____ ▪ Recibe tratamiento prolongado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
5. Ha padecido en fecha reciente: <i>Hepatitis (60 días) <input type="checkbox"/> Sarampión (30 días) <input type="checkbox"/></i> <i>Parotiditis (30 días) <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa (30 días) <input type="checkbox"/></i> <i>Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días) <input type="checkbox"/></i>		
6. Alguna otra situación particular, determinada por el médico que pudiere incidir en la actividad física del alumno? Cuál?		
7. ¿Toma medicamentos en forma permanente? <i>Indique cuáles:</i>		
10. Tiene todo el calendario de vacunaciones actualizado? ▪ <i>Vacuna antitetánica vigente? Hasta qué fecha?</i>		

¿Está apto para realizar Educación Física? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--

**El presente formulario reviste carácter de Declaración Jurada. La omisión de datos o falsedad de los mismos será responsabilidad del firmante.**

**SI POR EL CARÁCTER DE LOS DATOS CONSIGNADOS FUERE NECESARIO, DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN MÉDICA QUE LO HABILITE PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD.**

.....  
Firma de padre/madre o tutor

.....  
Aclaración de firma y N° de D.N.I