



# Instituto Cristiano Evangélico Argentino

Entidad Propietaria: MISIÓN EVANGÉLICA EN VILLA REAL - Asociación Civil Decreto N° 15433/45

INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL

EDUCACIÓN INICIAL (D 2207) - Apte. Est. 100% - EDUCACIÓN PRIMARIA (D 0797) - Apte. Est. 100% - EDUCACIÓN SECUNDARIA (D 4935) - Apte. Est. 100%

## FICHA DE SALUD DEL ALUMNO - CICLO LECTIVO 2024

<b>Apellido y Nombres:</b>	
D.N.I N°	Fecha de Nacimiento:
Año/grado:	Turno:
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

	(Indicar por sí o por no)	SI	NO
1. Se encuentra padeciendo <i>procesos inflamatorios o infecciosos</i> ?			
2. Padece alguna de las siguientes enfermedades: <i>Metabólicas (diabetes)</i> <input type="checkbox"/> <i>Cardiopatías congénitas</i> <input type="checkbox"/> <i>Alergias</i> <input type="checkbox"/> <i>Cardiopatías infecciosas</i> <input type="checkbox"/> <i>Hernias inguinales, crurales</i> <input type="checkbox"/>			
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)</i> <input type="checkbox"/> <i>Sarampión (30 días)</i> <input type="checkbox"/> <i>Parotiditis (30 días)</i> <input type="checkbox"/> <i>Mononucleosis infecciosa (30 días)</i> <input type="checkbox"/> <i>Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)</i> <input type="checkbox"/>			
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