



INSTITUTO ESTEBAN ECHEVERRÍA

DIEGEP 4839

RUBÉN DARÍO 4637
B1605AKW MUNRO

Teléfono: 5263-2620
direccionsecundaria@asociacionestebanecheverria.com

Ficha de antecedente de Salud

Apellido y Nombre:..... Año/Curso: Div.....

D.N.I.: Fecha de nacimiento: Lugar:

Domicilio:

Tel.:..... cel.:

Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades:

(Marcar con una cruz en caso de respuesta afirmativa)

- METABÓLICAS: DIABETES
- CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS
- CARDIOPATÍAS INFECCIOSAS
- HERNIAS (especificar tipo)
- ALERGIAS (especificar qué tipo y a qué)
- ASMA U OTROS PROBLEMAS RESPIRATORIOS
- EPISODIOS EPILÉPTICOS O CONVULSIVOS
- OTRAS PATOLOGÍAS DE CONSIDERACIÓN PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA

Ha padecido en fecha reciente:

- HEPATITIS (60 días)
- SARAMPIÓN (30 días)
- PAROTIDITIS (30 días)
- MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 días)

En caso de haber padecido o padecer algunas de las patologías del listado anterior, se deberá presentar un certificado médico que especifique que el alumno este apto para realizar la actividad física, sin que ello implique un riesgo para su salud

¿Toma medicamento en forma permanente? SI - NO
Indique ¿Cuáles?

Se encuentra APTO para realizar EDUCACIÓN FÍSICA: SI - NO
En caso de imposibilidad de realizar la actividad parcial o totalmente, adjuntar el certificado correspondiente.

En caso de emergencia avisar a:

Apellido y Nombre:..... Tel.:.....

Domicilio: Cel.:.....

Hospital o Sanatorio donde desea ser atendido:

Obra Social y/o Prepaga: (adjuntar fotocopia del carnet): SI - NO

Apellido y Nombre:..... Socio N°.....

Domicilio:Tel.:.....

Lugar y Fecha

Firma del Padre / Madre / Tutor:

Firma y sello Médico

Aclaración:

.....