



# Instituto San José de Villa del Parque (A-72)

Pedro Lozano 3151 - CABA (1417)

Teléfono 4503-9248/4503-9667

Nombre y Apellido del estudiante: .....

DNI: ..... Edad: ..... Fecha de Nacimiento: ...../...../.....

Tel. contacto del padre/ madre/tutor: 1 ..... 2 .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Obra Social: ..... N° de carnet: .....

Tel. emergencias médicas: .....

Talla: .....(cm) Peso: ..... (kgs) Grupo sanguíneo: ..... Factor: .....

## ANTECEDENTES PERSONALES DEL ALUMNO/A:

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades, afecciones o síntomas?	Indicar con X		¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades, afecciones o síntomas?	Indicar con X	
	Si	No		SI	No
* Patologías cardiológicas			*Otitis		
*Inmunodeficiencia			*Sinusitis		
*Enfermedades respiratorias. Asma			* Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro, brazo o muñeca (60 días)		
* Diabetes			*Hernias		
*Hepatitis			* Reumatismo		
* Sarampión			*Convulsiones		
* Paperas			* Desmayos frecuentes		
* Mononucleosis infecciosa			* Coronavirus covid-19		
*Escarlatina			*Problemas neurológicos		

*Meningitis			* Problemas de coagulación		
* Varicela			*Celiaquía		
* Alergias ¿A qué es alérgico/a?			¿Tuvo internaciones? Motivo:		

**NOTA:** En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems señalados, precedentemente, deberá presentar, con el formulario de salud, el certificado del médico que avale y detalle la afección consignada y los cuidados específicos que se deberán considerar dentro del ámbito escolar.

**OBSERVACIONES:** .....

.....

.....

.....

**CUIDADOS ESPECÍFICOS:**

\*¿Toma medicación permanente?: ..... Indicar la medicación y la dosis: .....

\*Requiere algún cuidado especial en la alimentación: ..... Especificar: .....

**APTO MÉDICO**

Certifico haber examinado a .....  
 quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades de educación física y deportivas acordes a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto San José de Villa del Parque. A-72.

Buenos Aires ..... de ..... de 20.....

\_\_\_\_\_

Firma y Sello del médico

\_\_\_\_\_

N° de matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha de salud tienen carácter de declaración jurada y como responsables del estudiante nos comprometemos a mantenerla actualizada.

\_\_\_\_\_

Firma, aclaración y DNI del padre, madre o Tutor