

Ficha de Salud 2019 – Escuela Secundaria

Ficha de Salud Escuela Secundaria



**COLEGIO
EL BUEN AYRE**

Nombre y apellido:	
Edad:	Grupo sanguíneo
Obra social / prepaga (indicar cuál)	
Nº socio	Tel. urgencias:

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA	SÍ	NO
¿Padece alguna cardiopatía?		
¿Es diabética?		
¿Es asmática?		
¿Es alérgica?		
¿Ha tenido alguna convulsión?		
¿Ha padecido o padece epilepsia?		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Tiene problemas traumatológicos?		
¿Cuál?		
¿Ha padecido o padece pérdida de conocimiento?		
¿Padece desórdenes alimenticios?		
¿Ha padecido o padece afecciones del oído?		
¿Sufre de alta o baja presión?		
¿Cuál?		
¿Sufre de fobias u otros trastornos similares?		
¿Ha sufrido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Sufre de problemas de vista?		
¿Cuál?		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire y / o dolor en el pecho mientras realizaba ejercicio físico?		

- Si es alérgica, indicar a qué.....
- Medicamentos que toma
 - Si fue operada, indicar de qué y cuándo.....
 - Vacuna antitetánica (fecha de última aplicación).....
 - Otros datos de interés.....

Nota: en caso de que mi /nuestra hija sufriera algún accidente, autorizo al personal a cargo a tomar todas aquellas decisiones que fueran urgentes y estimen conveniente de realizar en beneficio de su salud. Asimismo autorizo a que sea atendida por el servicio de urgencias que corresponda.

Según nuestro conocimiento, declaramos que son veraces todos los datos que proporcionamos en el presente cuestionario.

Nombre y apellido de la madre Celular.....

Firma y aclaración de la madre..... DNI.....

Nombre y apellido del padre Celular.....

Firma del padre DNI

Apto Médico 2019 – Escuela Secundaria

Apto Médico
Escuela Secundaria



COLEGIO
EL BUEN AYRE

**Apto Médico para ser completado por médico
cardiólogo o clínico luego de evaluar:**

- [Anamnesis
- [Historia Clínica
- [Auscultación cardíaca
- [Tensión Arterial
- [Pulsos periféricos
- [E.C.G.

La Srta.

.....
D.N.I. N°, es apta para la práctica y
realización de las actividades propias de la materia Educación Física y para
participar de las competencias y torneos en representación del Colegio.

Fecha

Firma y sello del Médico

Consentimiento Padres 2019 - Escuela Secundaria

Consentimiento
Padres E. S.



COLEGIO
EL BUEN AYRE

CONSENTIMIENTO

Autorizo a mi hija

....., D.N.I.

....., a practicar y realizar las actividades propias de la materia Educación Física y a participar de las competencias y torneos en representación del Colegio.

Firma padre / madre o tutor.....

Fecha:

Nombre y Apellido:

Domicilio:

D.N.I.: