



# Colegio Tierra del Sur

## FICHA DE SALUD PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES 1/2

NOMBRE Y APELLIDO			SEXO	
			F	M
DOMICILIO - CALLE	NÚMERO	DEPTO	LOCALIDAD	
COBERTURA MÉDICA	Nº DE CARNET	GRUPO SANGUÍNEO	RH	

### EL ALUMNO TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

PATOLOGÍA	NO	SI	FECHA
VARICELA			
ESCARLATINA			
FIEBRE REUMÁTICA			
DIABETES			
ANEMIA			
PARÁSITOS			
ALERGIAS			
ASMA			
LESIONES / FRACTURAS			
ESGUINCES			
PROCESOS INFLAMATORIOS			
OPERACIONES			
<b>OTRAS:</b>			

**Nota:** En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla, deberá presentarse ,junto con este formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular me comprometo a informar a la institución educativa por los médicos fehacientes.

--

### MEDICACIÓN ACTUAL (CON DOSÍIS Y FRECUENCIA DE TOMA)


### INFORME LAS INDICACIONES Y DEJE ASENTADO POR ESCRITO SI NO LAS HAY:




# Colegio Tierra del Sur

FICHA DE SALUD PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES 2/2

LUGAR DE DERIVACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA (TRASLADO):

HOSPITAL COMUNITARIO DE PINAMAR

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo /a \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

, autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia según lo dispongan los profesionales médicos.

A la vez, dejo autorizado a mi hijo/a para realizar actividades deportivas, recreativas y acuaticas dentro y fuera de la institución.

Quedo notificado que en caso de emergencia mi hijo/a será trasladado al Hospital Comunitario de Pinamar.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

## TRATAMIENTO CON PROFESIONALES

Mi hijo/a.....está realizando  
tratamiento .....

(Psicológico – Psicopedagógico – Fonoaudiológico – Psicomotriz – etc)

Con.....

(Nombre y número de teléfono del profesional)

Mi hijo/a.....

NO está realizando ningún tratamiento de los arriba mencionados.

Firma de padre, madre o tutor: .....

Aclaración: .....

Tipo y Nº de documento: .....

Fecha: ...../...../ 201\_