



Instituto Argentino
Excelsior (A-4)

FICHA DE SALUD - NIVEL SECUNDARIO

Esta planilla deberá ser completada por el adulto responsable y es requisito obligatorio para que el estudiante pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe, en mi carácter de adulto responsable del estudiante _____
DNI _____ que cursa _____ año, división _____ con fecha de nacimiento
____ / ____ / ____ con domicilio en _____ N° de contacto
_____. Contacto alternativo _____

Declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento para que mi hijo/a pueda realizar actividades físicas durante el presente ciclo lectivo a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente de la asignatura.

Posee Cobertura Médica: Si - No N° de afiliado:.....

Obra Social/ Prepaga..... Médico De Cabecera:.....

Marque con una cruz si su hijo/a presenta alguna/s de las siguientes condiciones médicas:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
Respecto al ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor de pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		



Instituto Argentino
Excelsior (A-4)

Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Sinusitis, adenoides u otitis (a repetición)		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		

Vacunación completa		
Otros (aclarar):		
Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas):		

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que el estudiante se encuentra apto para realizar actividad física.

En caso de padecer algunas de estas enfermedades o síntomas durante el año, el adulto responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

Firma del adulto responsable: _____

Aclaración: _____

DNI: _____