

**Instituto "San Francisco de Asís" (A-112)**

APELLIDO Y NOMBRE: ..... EDAD: .....

DOMICILIO: ..... TELÉFONO: .....

CURSO: ..... DIVISIÓN: ..... TURNO: .....

GRUPO SANGUINEO: ..... TELÉFONO ALTERNATIVO: .....

ANTECEDENTES	SÍ	NO
<p><b>A) SE ENCUENTRA PADECIENDO...</b> Proceso inflamatorio o infecciones</p> <p><b>B) PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metabólicas: diabetes.....</li> <li>- Cardiopatías congénitas.....</li> <li>- Cardiopatías infecciosas.....</li> <li>- Hernias inguinales, crurales, .....</li> <li>- Alergias.....</li> </ul> <p><b>C) HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hepatitis (60 días) .....</li> <li>- Sarampión (30 días) .....</li> <li>- Parotiditis (30 días) .....</li> <li>- Mononucleosis Infecciosa (30 días).....</li> <li>- Esguince o Luxaciones de Hombro, tobillo o Muñeca ( 60 días).....</li> </ul> <p><b>D) ALGUNA OTRA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO</b> ¿Cuál? .....</p> <p><b>E) TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE</b> Indique cuáles: .....</p>		
<b><u>ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA</u></b>		
¿TIENE VACUNAS ACTUALIZADAS?		
¿LIBRETA SANITARIA ACTUALIZADA?		

¿POSEE COBERTURA MÉDICA? ¿CUÁL?: .....

DATOS, DOMICILIO Y TEL. DE LA COBERTURA: .....

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO**

**FIRMA DEL PADRE O TUTOR**

¿Posee alguna enfermedad crónica? ¿Alergia, Diabetes, trastornos de sangre?  SI  NO

¿Cual / es?

¿Es alérgico?  SI  NO ¿A qué cosa es alérgico? \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS

¿Está actualmente en tratamiento con algún medicamento?  SI (\*)  NO

(\*) En caso afirmativo, complete:

A) ¿Por qué enfermedad lo toma? \_\_\_\_\_

B) ¿Qué medicamento debe suministrarse? Complete el nombre del medicamento y la dosis

1) Medicamento \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

2) Medicamento \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos en otras situaciones? (fiebre, dolores, etc.)  SI  NO

En caso afirmativo, indique la situación \_\_\_\_\_

¿Cual / es medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Hay algún medicamento que NO debe tomar? INDIQUE:

\_\_\_\_\_

## ALIMENTACION

¿Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cualquier otra información que considere importante o necesaria para conocimiento de los profesionales

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha médica de mi hijo/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ autorizando por la presente (en caso de emergencia) a  
actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

Firma y aclaración padre/tutor:

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha:

\_\_\_\_\_



*Instituto  
San Francisco  
de Asís*

**Instituto “San Francisco de Asís” (A-112)**

**FICHA – CLAUSULA LIMITADA DE RESPONSABILIDAD**

Buenos Aires, ..... de ..... de .....

Por la presente me notifico formalmente de que está absolutamente prohibido practicar ejercicios de riesgo o deportes, solo o acompañado, en todas aquellas ocasiones en que no se encuentre en el gimnasio o lugar o campo de deportes el Profesor de Educación Física a cargo del curso o grupo que pertenezca.

Atento a la responsabilidad genérica que la carga de la guardia impone a la Rectoría del instituto sobre todos los alumnos (Conforme con lo normado por el Código Civil), toda transgresión a esta regla se considerará falta grave y de exclusiva responsabilidad del desobediente.

Alumno:

.....

D.N.I.:

.....

Curso:

.....

**Firma y aclaración del alumno**

- La presente ficha es de conservación en el legajo del alumno.

**Firma y aclaración del padre/tutor**