



**Instituto San Pedro** (A-417)

C.U.I.T.: 30-53558600-0

**Instituto Privado Incorporado a la Enseñanza Oficial**

**Inicial - Primaria - Secundaria:**

**Bachiller - Nocturno para Adultos**

Bermudez 2052 - C1417BWD

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel./Fax: 4566-0343 / 4639-1165

inst\_sanpedro@fibertel.com.ar

[www.institutosanpedro.edu.ar](http://www.institutosanpedro.edu.ar)

## FICHA MÉDICA DEL ALUMNO 2019

Fecha límite de entrega: 22/3/2019

NOMBRE Y APELLIDO: .....

D.N.I.: ..... EDAD: ..... CURSO/DIV.: ..... GRUPO SANGUÍNEO: .....

DOMICILIO: ..... PISO: ..... DEPTO.: .....

TÉLEFONO PARA EMERGENCIAS: ..... OTRO: .....

OBRA SOCIAL / PREPAGA: ..... NRO. AFILIADO: .....

INDIQUE SI SE ENCUENTRA PADECIENDO:	SI	NO	ESPECIFICACIONES
PROCESOS INFLAMATORIOS .....			
PROCESOS INFECCIOSOS .....			
<b>PADECE ENFERMEDADES:</b>			
METABÓLICAS: DIABETES .....			
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS .....			
SOPLOS CARDÍACOS (SI RESPONDE SÍ, ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO) .....			
HERNIAS INGUINALES, CRURALES .....			
ALERGIAS (SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE A QUÉ) .....			
BRONQUITIS OBSTRUCTIVAS O ASMA POST EJERCICIO .....			
<b>HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE:</b>			
HEPATITIS (60 DÍAS) .....			
PARODITIS (30 DÍAS) .....			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA (30 DÍAS) .....			
ALTERACIONES EN LAS ARTICULACIONES O EN COLUMNA VERTEBRAL (60 DÍAS) SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE .....			
¿ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? (60 DÍAS) SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE DE QUÉ TIPO .....			
¿ALGUNA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO? SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE .....			
¿ESTÁ EN TRATAMIENTO CON MEDICACIÓN PERMANENTE? SI CONTESTA SÍ, ESPECIFIQUE Y ADJUNTE CERTIFICADOS E INDICACIONES .....			
¿ESTÁ APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA? .....			
¿ESTÁ APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS EN CAMPAMENTOS Y CONVIVENCIA? .....			
¿TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS? .....			

FECHA: .....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: .....

EN CUMPLIMIENTO DE LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE, ME NOTIFICO QUE TODA DERIVACIÓN DISPUESTA POR EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEBE HACERSE A UN HOSPITAL PÚBLICO. POR TANTO, DE SER NECESARIO Y CONTANDO EL COLEGIO CON EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS:

**AUTORIZO AL MISMO A DERIVAR A UN HOSPITAL PÚBLICO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA):**

**SI** (EL PADRE / MADRE / TUTOR ACOMPAÑA AL ALUMNO EN EL VEHÍCULO DESDE EL COLEGIO. SI NO PUEDEN SER LOCALIZADOS Y EN EL CASO QUE REQUIERA ATENCIÓN HOSPITALARIA INMEDIATA, UN DIRECTIVO O LA PERSONA QUE ESTE DESIGNE ACOMPAÑARÁ AL NIÑO).

**NO** EN ESTE CASO, ME COMPROMETO A RETIRARLO DEL COLEGIO PARA SU ATENCIÓN BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

**ATENCIÓN:** SI EL ALUMNO DEBE TOMAR UNA MEDICACIÓN EN HORARIO ESCOLAR, EL COLEGIO NO PUEDE DÁRSELA SIN TENER LA RECETA ORIGINAL DEL MÉDICO (NO FOTOCOPIA) INDICANDO EL NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE, EL MEDICAMENTO, LA DOSIS Y EL HORARIO EN QUE DEBE SER ADMINISTRADO. LA RECETA DEBE TENER SELLO ACLARATORIO DE FIRMA Y MATRÍCULA DEL FACULTATIVO.

**DE ACUERDO CON EL DICTAMEN DEL MÉDICO, AUTORIZO A MI HIJO/A A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACIÓN FÍSICA, DÁNDOME POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA CIRCULAR.**

FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR: ..... ACLARACIÓN: .....

BUENOS AIRES, ..... DE ..... DE .....

PARA USO INTERNO DEL INSTITUTO

FIRMA PROFESOR EDUCACIÓN FÍSICA: ..... FIRMA DIRECTIVO: .....