

FICHA DE SALUD (DECLARACIÓN JURADA)

Fecha _____

Quien suscribe _____ DNI _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante _____ DNI _____ que cursa (Grupo/Taller/Instrumento) _____ del Instituto _____, con fecha de nacimiento _____ con domicilio: _____, teléfono de contacto número: _____.

Vínculo con el/la estudiante: _____

GRUPO SANGUÍNEO	OBRA SOCIAL / N° AFI.	TEL. DE EMERGENCIA OBRA SOCIAL

OTRO/S CONTACTO/S DE EMERGENCIA / NOMBRE / VÍNCULO

Declaro estar debidamente informado/a y doy mi expreso consentimiento para que mi hijo/a/, representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente al establecimiento educativo.

ANTECEDENTES DE SALUD			
marque con una cruz si tiene o ha tenido	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle cual)
Antecedentes neurológicos. Convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla, trastornos del lenguaje, trastornos del aprendizaje. Accidentes cerebrovasculares Discapacidades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos Mareos Dolor en el pecho Cansancio excesivo Palpitaciones Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hernias Problemas de vesícula.			
Cirugías Internaciones			
Enfermedades infecciosas en los últimos dos meses.			
Afecciones de nariz, garganta, cuerdas vocales u oído			
Alergias (aclarar a qué). Alergia a la penicilina o a algún otro medicamento			
Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, EPOC, infecciones, otros.			
Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, aclarar si usa anteojos /lentes			

Problemas cardíacos hipertensión			
¿Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides? ¿Se aplica insulina? ¿Utiliza medicación para la diabetes?			
¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿Enfermedades de déficit inmunológico, etc.? Muerte súbita en familiares menores de 50 años			
¿Está actualmente en tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección? ¿Lo ha estado en el último año?			
¿Ingiere alguna medicación? Detalle droga y dosis.			

Afecciones musculares y/o de los huesos/ traumatismo de cráneo, columna, cadera, rodilla, manos, etc. ¿Se ha sometido a cirugías de columna? ¿Se ha sometido a artroscopías de rodilla, de las articulaciones o de otra región? ¿Prótesis? ¿Escoliosis? ¿Está en tratamiento kinésico?			
Problemas de piel			
Vacunación completa/ Apto bucodental actualizado			
Otra indicación que le parezca importante señalar			

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 la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.

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

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

Firma

Aclaración

Documento

