



# OXFORD HIGH SCHOOL

Nivel Inicial - Primario - Secundario  
Formación Bilingüe



## FICHA DE SALUD CICLO LECTIVO 2026

HEALTH RECORD FOR THE 2026 SCHOOL YEAR

NIVEL INICIAL / KINDERGARTEN

SALA / KINDER CLASS: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

Ficha única de aptitud física aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestras/os estudiantes. Esta ficha deberá ser completada por el/la referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es requisito obligatorio para que la/el estudiante pueda participar de actividades físicas.

Por favor, completar todos los datos con letra legible / Please, complete all data legibly

### DATOS DEL / DE LA ALUMNO/ A / STUDENT PERSONAL INFORMATION

Nombre completo / Full name:			
Fecha de nacimiento / Birthdate:	/ /	Edad / Age:	
Grupo sanguíneo / Blood group:		Factor Rh / Rh factor:	
Obra Social o Prepaga / Health Insurance:			
Socio N° / Affiliate No:			
Teléfonos para urgencias / Emergency phone numbers:			

MARQUE CON UNA CRUZ LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA / MARK WITH A CROSS THE APPROPRIATE OPTION	SI / YES	NO
Problemas cardíacos / Heart problems		
Muerte súbita en familiares menores de 50 años / Sudden death in relatives under 50 years of age		
Hipertensión / Hypertension		
Obesidad / Obesity		
Asma bronquial / Bronchial asthma		
Pérdida de conciencia / Loss of consciousness		
Convulsiones / Seizures		
Traumatismo de cráneo / Head trauma		
Diabetes / Diabetes		
Alteraciones sanguíneas / Blood disorders		
Afecciones Auditivas / Hearing Conditions		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias / Fractures, dislocations, ligament injuries		
Problemas en huesos o articulaciones / Problems in bones or joints		
Cirugías / Surgeries		
Internaciones / Hospitalizations		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses / Infectious diseases in the last 2 months		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej: riñones, ojos, testículos) / Lack or non-function of a paired organ (eg: kidneys, eyes, testicles)		
Alergias / Allergies		
Tos crónica / Chronic cough		
Problemas respiratorios / Respiratory problems		
Toma medicación habitual / Take regular medication		
Celiaquía / Celiac disease		
Problemas neurológicos / Neurological problems		
Problemas de piel / Skin problems		
Usa anteojos / Wear glasses		
Vacunación completa / Complete vaccination		



# OXFORD HIGH SCHOOL

Nivel Inicial - Primario - Secundario  
Formación Bilingüe



## FICHA DE SALUD CICLO LECTIVO 2026

HEALTH RECORD FOR THE 2026 SCHOOL YEAR

NIVEL INICIAL / KINDERGARTEN

SALA / KINDER CLASS: \_\_\_\_\_

EN RELACIÓN CON EL EJERCICIO (DURANTE O DESPUÉS) HA PADECIDO ALGUNA VEZ / IN RELATION TO EXERCISE (DURING OR AFTER) HAVE YOU EVER SUFFERED FROM:	SI / YES	NO
Desmayos / Fainting		
Mareos / Dizziness		
Dolor en el pecho / Chest pain		
Cansancio Excesivo / Excessive Fatigue		
Palpitaciones / Palpitations		
Dificultad para respirar / Difficulty breathing		
TRATAMIENTOS / TREATMENTS	SI / YES	NO
Psicológico		
Psicopedagógico		
Fonoaudiológico		
Terapia Ocupacional		
Psiquiátrico		
Neurológico		
Fisiológico		
Traumatológico		

Observaciones (detalle las respuestas afirmativas) / Observations (please, write further details to affirmative answers above):

**IMPORTANTE:** En caso de contestar de modo afirmativo en alguno/s de los items anteriores, deberán presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información.

A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ declaro estar debidamente informado 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 a cada establecimiento educativo. Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces. En caso de padecer alguna/s de estas enfermedades durante el año, me comprometo a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de DNI



# OXFORD HIGH SCHOOL

Nivel Inicial - Primario - Secundario  
Formación Bilingüe



## FICHA DE SALUD CICLO LECTIVO 2026

HEALTH RECORD FOR THE 2026 SCHOOL YEAR

NIVEL INICIAL / KINDERGARTEN

SALA / KINDER CLASS: \_\_\_\_\_

DATOS A COMPLETAR POR EL/LA PROFESIONAL DE LA SALUD / DATA TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR

Apto Cardiovascular:

Apto Respiratorio:

Apto Digestivo:

Evaluación Ortopédica:

Evaluación Dermatológica:

Observaciones:

ESTADO ACTUAL DEL/DE LA ESTUDIANTE

Peso:

Talla:

Estado Nutricional:

Observaciones:

### APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a \_\_\_\_\_ DNI  
\_\_\_\_\_ quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades  
gimnásticas y deportivas acordes a su edad. Para ser presentado ante las autoridades de Instituto Oxford High School.

/ /

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional

\_\_\_\_\_  
Sello aclaratorio y N° de Matrícula

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:** Se recomienda realizar chequeos de salud anuales, con el objetivo de mantener el control del crecimiento y desarrollo de los/as niños/as y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo. Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste, te acercamos las direcciones de los Centros de Salud para que puedas continuar tus cuidados en el más cercano a tu domicilio:

<https://buenosaires.gob.ar/salud/hospitales-y-establecimientos-de-salud/establecimientos-hospitales-y-centros-de-salud>