



Ficha Antecedentes de Salud - Ciclo

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante _____ que cursa

Nombre(s) y Apellido(s) completo(s)

_____ de Educación en el Establecimiento Educativo "Instituto Oxford" con

fecha de nacimiento _____ con domicilio en _____

dd/mm/aaaa

_____ en la Ciudad de _____ N° de contacto _____.

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.

Marque con una cruz la opción que corresponda

	Sí	No
Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías congénitas o infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmias o soplos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones circulatorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones Hemofílica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celiaquía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma bronquial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anginas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo de Cráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez...		
*desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*cansancio excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cefáleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecciones Auditivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esguinces, lesiones musculares o tendinosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ficha Antecedentes de Salud - Ciclo

Marque con una cruz la opción que corresponda

	Sí	No
Correcta organización de Columna Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en los huesos o articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras gastroduodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha padecido o padece		
procesos inflamatorios y/o infecciosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mal de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parotiditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vértigos / Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma de medicación habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a algún medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacunación completa (incluye HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones congénitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas)

¿Existe en la actualidad alguna otra situación vinculada con la salud del/la estudiante que corresponda informar?

INFORMACIÓN GENERAL

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Peso Kg.

Estatura (en cm.)



Ficha Antecedentes de Salud - Ciclo

INFORMACIÓN GENERAL - continuado

Médico Pediatra de la familia:		Tel. de Contacto:
Cobertura Médica:	Plan:	Nº Afiliado:

En caso de emergencia, comunicarse con:

Apellido y Nombre	Vínculo	Teléfonos de Contacto
Apellido y Nombre	Vínculo	Teléfonos de Contacto

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 apto para realizar actividad física.

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulto/a responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente **dentro de los 5 días hábiles y en forma fehaciente así como también si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo.**

dd/mm/aaaa

Firma

Aclaración

Tipo y Nº de DNI



PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA -

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de _____

Certifico que _____, DNI: _____, de _____ años de edad, habiendo sido examinado/a clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma del Médico Interviniente

Sello del Médico Interviniente

Dirección de correo electrónico (opcional)

Teléfono de Contacto (opcional)