



Jardín Casita de Belén

CASITA DE BELÉN – DIEGEP N° 1.398 FICHA DE SALUD – NIVEL INICIAL

Nombre y Apellido de el/la alumno/a: Sala y turno:
Fecha de nacimiento: /...../ Edad:..... DNI N°:
Dirección: TE:
Celular Madre/Padre/Tutor: Otro:
Obra social: Afiliado/a N°:

- 1- ¿Es alérgico/a? (si/no) ¿A qué?
Si es alérgico/a a alguna medicación especificar a qué
- 2- ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una X y especificar)
 - *Procesos inflamatorios ()
 - *Fracturas o esguinces ()
 - *Enfermedades infecto-contagiosas ()
 - *Intervenciones quirúrgicas ()
 - *Otros
- 3- ¿Está tomando alguna medicina? (si) (no)
En caso afirmativo indique cuál:
- 4- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el Personal Médico y Docente a cargo (adjuntar constancia)
- 5- El/la alumno/a ha cumplimentado el Plan Vacunatorio acorde a su edad (si) (no)

DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE MI HIJO/A.....
..... a los días del mes de del año

AUTORIZANDO por la presente (en caso de EMERGENCIA) a actuar según disponga los PROFESIONALES MÉDICOS del Servicio de Emergencia de la Institución.

De ser necesario trasladarlo a:

En caso de NO aceptar el Servicio de Emergencia Médica, la Familia será responsable de la atención y traslado de el/la alumno/a.

Si durante el presente año se produce algún cambio en los datos consignados, acercarse a la Dirección y comunicarlo.

DEJO CONSTANCIA QUE MI HIJO/A SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES FÍSICAS PROPUESTAS POR LOS PROFESORES DE LA INSTITUCIÓN.

FIRMA DE MADRE/PADRE O TUTOR:

ACLARACIÓN: FECHA: