



COLEGIO DE LOS SANTOS PADRES  
Departamento de Educación Física-Nivel Inicial

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**

La presente ficha tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**.

<b>Nombre y apellido</b>	<b>Curso</b>
--------------------------	--------------

<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Documento</b>	<b>Teléfono Particular</b>	<b>Cel. madre</b>	<b>Cel. padre</b>
----------------------------	------------------	----------------------------	-------------------	-------------------

<b>Domicilio</b>	<b>Localidad</b>
------------------	------------------

<b>Cobertura médica</b>	<b>Número de Cobertura</b>
-------------------------	----------------------------

<b>Grupo Sanguíneo y Factor</b>
---------------------------------

<i>Indicar con una X</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<b>a) Se encuentra padeciendo</b>		
• Problemas auditivos (hipoacusia u otros)		
• Problemas visuales		
• Dificultades en el lenguaje		
• Algún proceso inflamatorio/infección		
• Alteraciones en la marcha o en la columna		
• Problemas respiratorios-asma u otros relacionados. Alergia (Especificar en el ítem h)		
• Presenta alguna limitación física (Especificar en el ítem h)		
<b>b) Padece alguna de las siguientes enfermedades</b>		
• Metabólicas: diabetes-celiaquía		
• Cardiopatías congénitas o infecciosas		
• Hernias inguinales-cruales		
• Otras		
<b>c) Ha padecido en fecha reciente</b>		
• Convulsiones (6 meses)		
• Hepatitis (60 días)		
• Sarampión (30 días)		
• Parotiditis (30 días)		
• Mononucleosis infecciosa (30 días)		
• Cirugía (6 meses) (Especificar en el ítem h)		
• Esguines o luxaciones de tobillos, hombros (60 días)		

**RESALTAR la opción correcta y especificar**

<b>e) ¿Toma medicación en forma permanente? SI NO ¿Cuál?</b>
<b>f) ¿Se encuentra realizando algún tratamiento médico? SI NO ¿Cuál?</b>
<b>g) ¿Está en tratamiento psicológico, psicopedagógico o fonoaudiológico? SI NO ¿Cuál?</b>
<b>h) Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez? SI NO ¿Por qué?</b>
<b>i) Otras consideraciones</b>

**CERTIFICACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR**

Certifico que mi hijo puede participar plenamente durante el presente ciclo lectivo de las clases de Educación Física y me comprometo a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

<b>Firma</b>	<b>Aclaración</b>	<b>DNI</b>	<b>Fecha</b>