



Instituto Industrial Luis A. Huergo (A-117)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA
FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – ACTUALIZACIÓN

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,/...../.....

Apellido y Nombre				(Foto)
FECHA ACTUALIZACIÓN		Año y Curso		
DNI				
Fecha de Nacimiento		Edad actual		
Tel Particular / Emergencia	/			
Cobertura Médica u O.S.				
Nº de afiliado				
Tel Establecimiento Médico				

Médico Pediatra/de familia		
Teléfono de contacto		
Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:		
Lugar	Dirección	Teléfono
1.		
2.		
3.		
En caso de Emergencia comunicarse con:		
Vínculo	Apellido y Nombre	Teléfono
1.		
2.		

Información General

Peso (kg)			Estatura (cm)	
¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad?	SI	¿Desde qué fecha? ¿Motivo?		
	NO			
¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad?	SI	Detallar		
	NO			
¿Ha sido Internado o sufrido lesiones de consideración en el último año?	SI	Detallar		
	NO			
¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente?	SI	Detallar		
	NO			



Instituto Industrial Luis A. Huergo (A-117)

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD – ACTUALIZACIÓN

¿Toma alguna medicación?	SI	Motivo		Fecha de inicio del tratamiento		
		Descripción				
	NO	Dosis				
		Administración				
¿Tiene contraindicado algún medicamento?	SI	Detallar				
	NO					
¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar?	SI	Detallar				
	NO					
¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar?	SI	Especificar				
	NO					

OBSERVACIONES FINALES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo son verídicos.

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, **dentro de los cinco días hábiles** y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Firma Representante Legal (1)

Firma Representante Legal (2)

Aclaración

Aclaración

DNI

DNI

FECHA

FECHA