



**CENTRO EDUCATIVO CATÓLICO
CEFERINO NAMUNCURÁ**

Nivel Inicial Ntra. Sra. de la Guardia DIPREGEP N° 6435
Escuela Parroquial Ntra. Sra. de la Guardia DIPREGEP N°613
Instituto Ceferino Namuncurá DIPREGEP N°4845

NIVEL INICIAL
Ficha de Antecedentes de Salud 2025

Apellido y nombre del alumno..... DNI.....
Edad..... Sala que cursa.....
Domicilio.....
Localidad.....Teléfono Particular.....
Apellido y nombre del Responsable 1..... E-mail.....
Teléfono laboral:Celular.....
Apellido y nombre del Responsable 2..... E-mail.....
Teléfono laboralCelular.....
En caso de urgencia llamar a.....Teléfono.....
Factor y grupo sanguíneo.....Obra social.....N° Afiliado.

Autorización Médica*

Responder por si o no con una x	SI	NO	Responder por si o no con una x	SI	NO
1. <u>Se encuentra padeciendo:</u> Procesos inflamatorios: Procesos infecciosos: Otros:			5. Toma medicamentos en forma permanente: Indique cual/es.....		
2. <u>Padece alguno de los siguientes trastornos / enfermedades:</u> Cardiopatías congénitas o infecciosas: Asma: Diabetes: Hernias inguinales / crurales: Alergias: Convulsiones: Otros:			6. Alguna otra situación particular determinada por el médico que incida en la actividad física del alumno: Indique cual.....		
3. <u>Ha padecido en fecha reciente:</u> Hepatitis (últimos 60 días): Sarampión (últimos 30 días): Parotiditis (últimos 30 días): Mononucleosis (últimos 30 días): Otras:			7. Está apto para realizar educación física:		
4. Se encuentra bajo tratamiento médico: Otro: Indique motivo					

*En caso de responder afirmativamente alguno de los ítems, si fuera necesario deberá presentar certificación médica que habilite al alumno a realizar las actividades de educación física.

Fecha:..... Firma y sello del Profesional.....

Fecha:.....Firma y aclaración del Responsable 1:

Firma y aclaración del Responsable 2:



**CENTRO EDUCATIVO CATÓLICO
CEFERINO NAMUNCURÁ**

Nivel Inicial Ntra. Sra. de la Guardia DIPREGEP N° 6435
Escuela Parroquial Ntra. Sra. de la Guardia DIPREGEP N°613
Instituto Ceferino Namuncurá DIPREGEP N°4845

Autorización de los padres

Marque con un círculo por SI o NO y complete según corresponda:

- a) En caso de accidentes en actividades relacionadas con el Colegio, dentro o fuera de él, autorizamos a que nuestro hijo/a sea atendido/a por el Servicio de Emergencia contratado por la Institución: **SI – NO**.
- b) De ser necesario y en el caso que las autoridades correspondientes no puedan comunicarse con los familiares, autorizamos a derivar a nuestro hijo/a al Hospital Municipal de Vicente López (sito Irigoyen 1757, Vte. López): **SI – NO**.
- e) Autorizamos a las siguientes personas a retirar a nuestro hijo/a en caso de necesidad:

Nombre y Apellido _____ DNI _____

Nombre y Apellido _____ DNI _____

Cualquier nuevo dato relacionado a la salud de su hijo/a que no haya sido declarada en la presente ficha deberá ser comunicada a la dirección del nivel correspondiente.

La presente reviste carácter de declaración jurada.

La omisión de datos o falsedad de los mismos será exclusiva responsabilidad de los señores padres.

Fecha _____ Firma del Responsable 1 _____ Aclaración _____

Fecha _____ Firma del Responsable 2 _____ Aclaración _____