



1º Parte (a completar por los señores padres)

Nombre y Apellido: Curso:

Fecha de Nacimiento: / / DNI N°:

Dirección: Localidad:

Teléfono: Obra Social: N° Afiliado:

Nombre y Apellido Padre:.....

Dirección:..... Tel.....

Nombre y Apellido Madre:.....

Dirección:..... Tel.....

En caso de urgencia avisar a: 1) Nombre: Tel:
Dirección:

2) Nombre: Tel:
Dirección:

Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades (tachar lo que no corresponda)

- | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------------|---------|
| 1) Respiratoria: | Asma | SI – NO | 3) Renal: | Infección urinaria | SI – NO |
| | Bronquitis | SI – NO | | Otras | SI – NO |
| | Neumonía | SI – NO | 4) S.N.C: | Convulsiones | SI – NO |
| | Anginas | SI – NO | | Epilepsia | SI – NO |
| | Tuberculosis | SI – NO | | Otras | SI – NO |
| | Otras | SI – NO | 5) Metabólica: | Diabetes | SI – NO |
| 2) Cardiovascular: | Taquicardia | SI – NO | | Otras | SI – NO |
| | Hipertensión arterial | SI – NO | 6) Digestiva: | | |
| | Palpitaciones | SI – NO | | | |
| | Dolor de pecho | SI – NO | | | |
| | Otras | SI – NO | | | |

7) Alergias: SI – NO Especificar:.....

8) Otras enfermedades Actuales:

9) Enfermedades padecidas anteriormente:

10) Intervenciones quirúrgicas:

11) Toma alguna medicación: SI – NO Detallar:

12) Tiene alguna limitación física? SI – NO Aclaración.....

13) Deje constancia de cualquier indicación que estime necesaria deban conocer el personal médico y docente a cargo:

Certifico que lo informado es correcto, y autorizo a.....
a efectuar actividades curriculares y extracurriculares: físicas, recreativas, deportivas y/o salidas educativas, con
esfuerzo cardiovasculares y respiratorios de acuerdo a su edad y sexo. Autorizamos también a actuar según lo
dispongan los profesionales médicos que procedan en el momento que fuera necesario.

Firma del Responsable Parental.....Aclaración: Fecha: