

# Ficha de Salud 2019 – Escuela Primaria

## Ficha de Salud Escuela Primaria



**COLEGIO  
EL BUEN AYRE**

Nombre y apellido:	
Edad:	Grupo sanguíneo
Obra social / prepaga (indicar cuál)	
Nº socio	Tel. urgencias:

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA	SÍ	NO
¿Padece alguna cardiopatía?		
¿Es diabética?		
¿Es asmática?		
¿Es alérgica?		
¿Ha tenido alguna convulsión?		
¿Ha padecido o padece epilepsia?		
¿Tiene desviación de columna?		
¿Tiene problemas traumatológicos?		
¿Cuál? .....		
¿Ha padecido o padece pérdida de conocimiento?		
¿Padece desórdenes alimenticios?		
¿Ha padecido o padece afecciones del oído?		
¿Sufre de alta o baja presión?		
¿Cuál? .....		
¿Sufre de fobias u otros trastornos similares?		
¿Ha sufrido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses?		
¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento en los últimos 4 meses?		
¿Sufre de problemas de vista?		
¿Cuál? .....		
¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire y / o dolor en el pecho mientras realizaba ejercicio físico?		

- Si es alérgica, indicar a qué.....
- Medicamentos que toma .....
  - Si fue operada, indicar de qué y cuándo.....
  - Vacuna antitetánica (fecha de última aplicación).....
  - Otros datos de interés.....

*Nota: en caso de que mi /nuestra hija sufriera algún accidente, autorizo al personal a cargo a tomar todas aquellas decisiones que fueran urgentes y estimen conveniente de realizar en beneficio de su salud. Asimismo autorizo a que sea atendida por el servicio de urgencias que corresponda.*

*Según nuestro conocimiento, declaramos que son veraces todos los datos que proporcionamos en el presente cuestionario.*

Nombre y apellido de la madre .....Celular.....

Firma y aclaración de la madre.....DNI.....

Nombre y apellido del padre .....Celular.....

Firma del padre .....DNI.....

# Apto Médico 2019 – Escuela Primaria

Apto Médico  
Escuela Primaria



COLEGIO  
EL BUEN AYRE

**Apto Médico para ser completado por médico  
cardiólogo o clínico luego de evaluar:**

- [ Anamnesis
- [ Historia Clínica
- [ Auscultación cardíaca
- [ Tensión Arterial
- [ Pulsos periféricos
- [ E.C.G.

La Srta.

.....  
D.N.I. N° ....., es apta para la práctica y  
realización de las actividades propias de la materia Educación Física y para  
participar de las competencias y torneos en representación del Colegio.

Fecha

Firma y sello del Médico

# Consentimiento Padres 2019 - Escuela Primaria

Consentimiento  
Padres E. P.



COLEGIO  
EL BUEN AYRE

## CONSENTIMIENTO

Autorizo a mi hija

....., D.N.I.

....., a practicar y realizar las actividades propias de la materia Educación Física y a participar de las competencias y torneos en representación del Colegio.

Firma padre / madre o tutor.....

Fecha: .....

Nombre y Apellido: .....

Domicilio: .....

D.N.I.: .....