



FICHA MÉDICA

Datos personales

Apellido y nombres de la alumna:

Fecha de nacimiento:

Tel: Tel. alternativo:

Cobertura Médica: Nº de afiliado:

Grupo Sanguíneo:

Nombre del/a médico/a pediatra: Tel:

Centro de derivación sugerido en caso de emergencia médica:

Dirección: Tel:

En caso de emergencia médica comunicarse con:

VÍNCULO: TEL: VÍNCULO: TEL:

DATOS FAMILIARES

PROGENITORES / REPRESENTANTE LEGAL 1

PROGENITORES / REPRESENTANTE LEGAL 2

APELLIDO Y NOMBRE:	APELLIDO Y NOMBRE:
OCUPACIÓN:	OCUPACIÓN:
E-MAIL	E-MAIL
CELULAR:	CELULAR:

Antecedentes familiares

Señalar en caso de que un miembro de la familia (padres, madres, hermanos/as, abuelos/as) padezca o haya padecido alguna de las siguientes enfermedades:

	QUIÉN		QUIÉN
Tuberculosis		Alteraciones de la audición	
Asma		Anomalías congénitas	
Enfermedades sanguíneas		Enfermedades renales	
Enfermedades del colágeno		Cáncer	
Alergia		Epilepsia	
Alteraciones de la visión		Diabetes	
Obesidad		Enfermedades digestivas	
Hipertensión arterial		Cirugía cardiovascular	
Infarto de miocardio		Accidente cerebrovascular.	
Otras		Dislipemias (colesterol alto)	
		Otras.....	

..... Progenitor/a o responsable legal 1 Progenitor/a o responsable legal 2 Firma y sello del médico/a tratante

ANTECEDENTES PERSONALES DE LA ALUMNA

Embarazo: normal () patológico ()

	SI	NO	
Anomalías congénitas			¿Cuál?
Alteraciones cardiovasculares			¿Cuál?
Alteraciones digestivas			¿Cuál?
Alteraciones de la nutrición			¿Cuál?
Alteraciones ortopédicas			¿Cuál?
Alteraciones de la piel			¿Cuál?
Alergias			¿A qué? ¿Cómo se manifiesta?

ALTERACIONES RESPIRATORIAS

SÍ NO

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

SÍ NO

Rinosinusitis			Traumatismo de cráneo con pérdida de conocimiento.		
Otitis a repetición			Epilepsia		
Bronco espasmo			Convulsiones		
Anginas a repetición			Cefaleas frecuentes		
Tuberculosis			Otras:		

ALTERACIONES EMOCIONALES

SÍ NO

Depresión		
Ansiedad		
Hiperactividad		
Problemas para dormir		

ALTERAC. ENDOCRINOLÓGICAS

SÍ NO

ALTER. CONTROL ESFÍNTERES

SÍ NO

Diabetes			Encopresis		
Enfermedad tiroidea			Enuresis		

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS**SÍ NO EDAD**

	SÍ	NO	EDAD
Sarampión			
Varicela			
Tos Convulsa			
Rubéola			
Hepatitis			
Paperas			
Escarlatina			
Mononucleosis			
Otras:			

.....
Progenitor/a o responsable legal 1.....
Progenitor/a o responsable legal 2.....
Firma y sello del médico/a tratante

Apellido y nombres de la alumna:

.....

• ¿Fue hospitalizada alguna vez? NO () Sí ()

¿Por qué motivo?

• ¿Realiza/zó tratamiento psicoterapéutico?: NO () Sí ()

¿Por qué motivo y en qué fecha?

• ¿Padece actualmente alguna enfermedad? NO () Sí ()

¿Cuál / les?

• ¿Se encuentra actualmente algún tipo de tratamiento (médico, psiquiátrico, psicológico, psicopedagógico)? NO () Sí ()

¿Cuál?

• ¿Toma actualmente alguna medicación? NO () Sí ()

¿Cuál / les?

• ¿Debe cumplir alguna dieta especial por prescripción médica? NO () Sí ()

¿Cuál / les?

• ¿Tiene contraindicado algún medicamento? NO () Sí () ¿Cuál/les?

.....

• ¿Hay alguna actividad especial que no pueda realizar? NO () Sí () ¿Cuál / les?

.....

Observaciones

.....
.....
.....

Quienes suscriben, toman conocimiento y autorizan a su hija para realizar actividad física de acuerdo a su edad, grado de maduración y desarrollo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Me comprometo a notificar en el caso de que mi hija presentare alguna enfermedad durante el actual ciclo lectivo.

Dejamos constancia que los datos consignados son veraces y completos. Asimismo, asumimos la responsabilidad de comunicar en forma inmediata a las autoridades del establecimiento cualquier cambio o alteración de los datos antes consignados, en especial para el supuesto que la menor no se encuentre en condiciones de realizar una determinada actividad. Autorizamos desde ya a que, en caso de URGENCIA, sea la alumna trasladada al centro asistencial indicado en la presente.

Por el presente dejamos constancia que todos los datos que se proporcionaron en esta ficha son verídicos. Autorizo a la escuela Casa de la Educación a prestar asistencia médica de Hatzalah a mi hija en caso de ser necesaria.

.....
.....
.....
Progenitor/a o responsable legal 1 Progenitor/a o responsable legal 2 Firma y sello del médico/a tratante

CERTIFICADO DE APTO FÍSICO

Bs. As,/...../.....

Certifico que..... DNI N°:.....de
..... años de edad, ha sido examinada **clínicamente** en el día de la fecha, y se encuentra en condiciones de concurrir a clases, de participar de actividades escolares, incluidas las propias de la educación física escolar curricular, que corresponden a su edad, género, grado de maduración y desarrollo durante el ciclo lectivo 2025.

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del Médico/a

Progenitor/a o responsable legal 1 DNI N°.....

Progenitor/a o responsable legal 2 DNI N°.....

PLANILLA DE SALUD

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA: Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante _____ DNI _____ que cursa _____ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo _____ con fecha de nacimiento _____ con domicilio en _____ en la Ciudad de _____ N° de contacto _____.

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una **X** la opción que corresponda:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		

Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas).		

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

.....
Firma	Aclaración	Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>