



INSTITUTOS EUSKAL ECHEA
FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD
DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO Y NOMBRES.....AÑO.....DIV.....
FECHA DE NACIMIENTO DNI.....
GRUPO SANGUÍNEOTELEFONO
DOMICILIO

	SI	NO
VACUNACIÓN. REFUERZO ANTITETÁNICA		
ENFERMEDADES: * SARAMPIÓN		
* VARICELA		
* RUBÉOLA		
* ESCARLATINA		
* COQUELUCHE (TOS CONVULSA)		
* PAROTIDITIS (PAPERAS)		
* CARDIOPATIAS CONGENITAS		
* MONONUCLEOSIS		
* OTRAS ENFERMEDADES NO MENCIONADAS		
DIABETES (TIPO Y MEDICACION)		
HEPATITIS		
ASMA O ENFERMEDADES ALERGICAS (INDICAR CUALES O A QUE ES ALÉRGICO)		
TRAUMATISMO DE CRANEO		
TRAUMATISMO DE CRANEO CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO		
FRACTURAS (INDIQUE CUALES)		
EPILEPSIA O DISRRITMIA		
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (INDIQUE CUALES)		
LESIONES DEPORTIVAS (INDIQUE CUALES)		
SI SE LE SUMINISTRA MEDICACION HABITUALMENTE INDIQUE CUAL Y PORQUE CAUSA.		
SI DESEA ACLARAR ALGUNA INFORMACIÓN MAS:		

NOTA: EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE ALGUNO DE LOS ITEMS DE LA PLANILLA DEBERA PRESENTARSE, CONJUNTAMENTE CON ESTE FORMULARIO EL CERTIFICADO MEDICO QUE AVALA LA AFECCIÓN CONSIGNADA, INDICÁNDOSE SI EN VIRTUD DE LA MISMA, EL ALUMNO SE ENCUENTRA CAPACITADO O NO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.
CUANDO SOBREVenga UNA DE LAS ENFERMEDADES MENCIONADAS U OTRA EN PARTICULAR, ME COMPROMETO A INFORMAR POR MEDIOS FEHACIENTES.

AUTORIZACIÓN

POR LA PRESENTE TOMO CONOCIMIENTO Y AUTORIZO A MI HIJO/A PARA QUE REALICE ACTIVIDAD FÍSICA CON ESFUERZO CARDIOVASCULAR DE ACUERDO A SU EDAD Y SEXO, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS CURRICULARES VIGENTES.

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

ACLARACIÓN

DNI DEL FIRMANTE