



Instituto ESBA FLORES
 Incorporado a la Enseñanza Oficial A-1310
Jardín - Primario - Secundario - Terciario
 Ramón L. Falcón 2670 - CABA
 Tel.: 4637-1400
 esbaflores@esba.edu.ar



FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A

(ROGAMOS COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE Y DEVOLVER A LA BREVEDAD)

NOMBRE Y APELLIDO _____
DNI _____ **EDAD** _____ **CURSO** _____
DOMICILIO _____
TELÉFONO PARA EMERGENCIAS _____
OBRA SOCIAL/PREPAGA _____ **Nº DE AFILIADO** _____
GRUPO SANGUÍNEO _____

	ESPECIFICACIONES	SI	NO
SE ENCUENTRA PADECIENDO:			
Procesos inflamatorios			
Procesos infecciosos			
PADECE ENFERMEDADES			
Metabólicas: diabetes			
Cardiopatías congénitas			
Soplos cardíacos (especifique)			
Hérnias inguinales, crurales			
Alergias (especifique)			
Bronquitis obstructiva o asma post ejercicio			
HA PADECIDO EN FORMA RECIENTE			
Hepatitis (60 días)			
Parotiditis (30 días)			
Mononucleosis infecciosa (30 días)			
Alteraciones en las articulaciones o la columna (especifique)			
Intervenciones quirúrgicas (60 días) (especifique)			
Alguna otra situación especificada por el/la profesional			
Está en tratamiento con medicación permanente (especifique)			
Tienen las vacunas actualizadas			

Certifico haber examinado a.....DNI:..... Quien se encuentra / no se encuentra en condiciones salud para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo, estado madurativo, y bajo supervisión de personal idóneo.
 Buenos Aires, del mes de de 20

Firma del profesional

Sello Aclaratorio y Nº de mat.

En cumplimiento de la reglamentación, me notifico de que toda derivación dispuesta por el servicio de emergencias debe hacerse a un hospital público, por tanto de ser necesario, y contando el colegio con emergencias médicas:

AUTORIZO AL MISMO A DERIVAR A MI HIJO/A A UN HOSPITAL PÚBLICO

DE ACUERDO AL DICTAMEN DEL PROFESIONAL, AUTORIZO A MI HIJO/A A PRACTICAR LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE EDUCACIÓN FÍSICA, DÁNDOME POR NOTIFICADO Y PRESTANDO CONFORMIDAD A TODO LO MENCIONADO EN ESTA CIRCULAR.

➤ FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR _____ ACLARACIÓN _____

Buenos Aires, _____ de _____ de _____