



Colegio de la Reconquista  
 "...construyendo juntos la educación"

Emergencias Médicas:  
 SUME: 4860-7000  
 0810-222-5222  
 SET: 4512-9999

**FICHA DE SALUD**

Nombre y apellido del/a estudiante: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_ Obra social \_\_\_\_\_ N° de Afiliada/o \_\_\_\_\_  
 Si el/la estudiante tiene algún problema de salud en la escuela llamar a: (nombre y teléfono): \_\_\_\_\_

Determinación de talla (en cm): \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Kg.  
 Vacunas obligatorias: VACUNACIÓN COMPLETA \_\_\_\_\_ INCOMPLETA \_\_\_\_\_ SIN DATOS \_\_\_\_\_

<b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
a) ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? ¿Cuál?		
b) Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos		
c) Padece alguna de las siguientes enfermedades		
• Metabólicas: Diabetes		
• Cardiopatías congénitas		
• Cardiopatías infecciosas		
• Hernias inguinales		
• Patologías pulmonares- respiratorias (Asma - EPOC, etc.)		
d) Ha padecido en fecha reciente		
• Hepatitis ( 60 días )		
• Sarampión ( 30 días )		
• Parotiditis ( 30 días )		
• Esguince o luxaciones de tobillo, hombro, etc. ( 60 días )		
e) ¿Tiene algún tipo de alergia? Describa sus manifestaciones: ..... La alergia de debe a: .....		
¿Recibe tratamiento permanente?		
f) TRATAMIENTOS		
¿Recibe tratamiento médico? Especifique:		
¿Ingiere algún medicamento con regularidad? Especifique:		
¿Presenta alguna limitación física?		
Otros problemas de salud no contemplados:		

**IMPORTANTE:** SI PRESENTA ALGUNA PATOLOGÍA QUE CONTRAINDIQUE LA ACTIVIDAD FÍSICA DEBE ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO DETALLADO.

El/la que suscribe, padre, madre o tutor del/a estudiante.....  
 que cursa el ..... año INICIAL-PRIMARIA-SECUNDARIA. tomo conocimiento de que mi hijo/a realiza actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su sexo y edad y conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

.....  
 Firma del padre, madre o tutor

.....  
 Aclaración de firma

.....  
 Fecha

ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO O CONSIGNAR AL PIE DE LA PRESENTE FICHA, SI EL ALUMNO SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.

Fecha:.....

.....  
 Firma y sello del médico