



**FICHA ANTECEDENTES DE SALUD**

SECCION: JARDIN:  PRIMARIA  SECUNDARIA

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ curso: \_\_\_ div.: \_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ Tel alternativo: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH: \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad? SI / NO en caso de respuesta afirmativa: cuál es: \_\_\_\_\_

¿A padecido alguna enfermedad? SI / NO Cuál? \_\_\_\_\_

A sufrido alguna fractura, algún problema óseo u otra situación similar? SI / NO en caso afirmativo Cuál: \_\_\_\_\_

¿es alérgico?: SI / NO A QUÉ? \_\_\_\_\_

¿es alérgico a algún medicamento? SI / NO ¿cuál? \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento en forma permanente?: SI / NO Cual \_\_\_\_\_

Autorizo al Colegio a que mi hijo/a sea asistido/a y/o trasladado/a en caso de Emergencia por los profesionales médicos del Hospital Francisco Caram de Coronel Brandsen: SI / NO

Obra social o prepaga de salud: \_\_\_\_\_ Afiliado N°: \_\_\_\_\_

En caso de no localizarnos llamar a: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS Y A CONCURRIR A LAS SALIDAS EDUCATIVAS DE LA ESTANCIA "LA CHIQUITA" EN LAS FECHAS QUE LA DIRECCION DETERMINE. DECLARAMOS QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS Y ACTUALIZADOS, COMPROMETIENDONOS A INFORMAR CUALQUIER CAMBIO QUE SE PUEDA PRODUCIR.

Buenos Aires....., de 20.....

.....  
firma del padre

.....  
firma de la madre

.....  
aclaración

.....  
aclaración

IMPORTANTE: completar y firmar en original en ambos .Si su hijo/a no puede realizar actividades Físicas en forma transitoria, informar por escrito antes del inicio de la misma.ADJUNTAR CERTIFICADO



**FICHA ANTECEDENTES DE SALUD**

SECCION: JARDIN:  PRIMARIA  SECUNDARIA

Apellido y nombre \_\_\_\_\_ curso \_\_\_\_ div \_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_ Tel alternativo: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH: \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad?SI / NO en caso de respuesta afirmativa: cuál es: \_\_\_\_\_

¿A padecido alguna enfermedad? SI / NO Cuál? \_\_\_\_\_

A sufrido alguna fractura, algún problema óseo u otra situación similar? SI / NO en caso afirmativo Cuál: \_\_\_\_\_

¿es alérgico?: SI / NO A QUÉ? \_\_\_\_\_

¿es alérgico a algún medicamento? SI / NO ¿cuál? \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento en forma permanente?: SI / NO Cual \_\_\_\_\_

Autorizo al Colegio a que mi hijo/a sea asistido/a y/o trasladado/a en caso de Emergencia por los profesionales médicos del Hospital Francisco Caram de Coronel Brandsen: SI / NO

Obra social o prepaga de salud: \_\_\_\_\_ Afiliado N°: \_\_\_\_\_

En caso de no localizarnos llamar a: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS Y A CONCURRIR A LAS SALIDAS EDUCATIVAS DE LA ESTANCIA "LA CHIQUITA" EN LAS FECHAS QUE LA DIRECCION DETERMINE. DECLARAMOS QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS Y ACTUALIZADOS, COMPROMETIENDONOS A INFORMAR CUALQUIER CAMBIO QUE SE PUEDA PRODUCIR.

Buenos Aires....., de 20.....

.....  
firma del padre

.....  
firma de la madre

.....  
aclaración

.....  
aclaración

IMPORTANTE: completar y firmar en original en ambos .Si su hijo/a no puede realizar actividades Físicas en forma transitoria, informar por escrito antes del inicio de la misma.ADJUNTAR CERTIFICADO