



**CENTRO EDUCATIVO CATÓLICO  
CEFERINO NAMUNCURÁ**

Nivel Inicial Ntra. Sra. de la Guardia DIPREGEPE N° 6435  
Escuela Parroquial Ntra. Sra. de la Guardia DIPREGEPE N°613  
Instituto Ceferino Namuncurá DIPREGEPE N°4845

**NIVEL INICIAL**  
**Ficha de Antecedentes de Salud**

Apellido y nombre del alumno..... DNI.....  
 Edad..... Sala que cursa.....  
 Domicilio.....  
 Localidad.....Teléfono Particular.....  
 Apellido y nombre del padre.....E-mail.....  
 Teléfono laboral:.....Celular.....  
 Apellido y nombre de la madre..... E-mail.....  
 Teléfono laboral.....Celular.....  
 En caso de urgencia llamar a.....Teléfono.....  
 Factor y grupo sanguíneo.....Obra social.....N° Afiliado.....

**Autorización Médica\***

Responder por si o no con una x	SI	NO	Responder por si o no con una x	SI	NO
1. <u>Se encuentra padeciendo:</u> Procesos inflamatorios: Procesos infecciosos: Otros: .....			5. Toma medicamentos en forma permanente: Indique cual/es..... .....		
2. <u>Padece alguno de los siguientes trastornos / enfermedades:</u> Cardiopatías congénitas o infecciosas: Asma: Diabetes: Hernias inguinales / crurales: Alergias: Convulsiones: Otros: .....			6. Alguna otra situación particular determinada por el médico que incida en la actividad física del alumno: Indique cual.....		
3. <u>Ha padecido en fecha reciente:</u> Hepatitis (últimos 60 días): Sarampión (últimos 30 días): Parotiditis (últimos 30 días): Mononucleosis (últimos 30 días): Otras: .....			7. Está apto para realizar educación física:		
4. Se encuentra bajo tratamiento médico: Otro: ..... Indique motivo .....					

\*En caso de responder afirmativamente alguno de los ítems, si fuera necesario deberá presentar certificación médica que habilite al alumno a realizar las actividades de educación física.

Fecha:..... Firma y sello del Profesional.....

Fecha:.....Firma y aclaración del Padre.....

Firma y aclaración de la Madre.....



**CENTRO EDUCATIVO CATÓLICO  
CEFERINO NAMUNCURÁ**

Nivel Inicial Ntra. Sra. de la Guardia DIPREGEPEP N° 6435  
Escuela Parroquial Ntra. Sra. de la Guardia DIPREGEPEP N°613  
Instituto Ceferino Namuncurá DIPREGEPEP N°4845

**Autorización de los padres**

Marque con un círculo por SI o NO y complete según corresponda:

- a) En caso de accidentes en actividades relacionadas con el Colegio, dentro o fuera de él, autorizamos a que nuestro hijo/a sea atendido/a por el Servicio de Emergencia contratado por la Institución: **SI – NO**.
- b) De ser necesario y en el caso que las autoridades correspondientes no puedan comunicarse con los familiares, autorizamos a derivar a nuestro hijo/a al Hospital Municipal de Vicente López (sito Irigoyen 1757, Vte. López): **SI – NO**.
- e) Autorizamos a las siguientes personas a retirar a nuestro hijo/a en caso de necesidad:

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

***Cualquier nuevo dato relacionado a la salud de su hijo/a que no haya sido declarada en la presente ficha deberá ser comunicada a la dirección del nivel correspondiente.***

***La presente reviste carácter de declaración jurada.***

***La omisión de datos o falsedad de los mismos será exclusiva responsabilidad de los señores padres.***

***La presente ficha de salud deberá ser presentada por duplicado, antes del inicio de clases.***

Fecha \_\_\_\_\_ Firma de la Madre \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Padre \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_