

APTO FÍSICO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ____ de _____ de 20__

Certifico que

| | |
|--|-----|
| | DNI |
|--|-----|

de años de edad, habiendo sido examinado/a clínicamente y realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas aquellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto San Rafael (A-120)

.....
Firma del Médico

.....
Sello y aclaración



Instituto San Rafael

Arzobispado de Buenos Aires

Ficha de antecedentes de Salud
ACTUALIZACIÓN
NIVEL SECUNDARIO

Datos del Alumno

| | | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------|----------------------|---------------|-----------------------------|-----------|--------------------|--|---------------------|
| | | | | | | | | | |
| Apellido/s y Nombre/s | | | | | | | | | |
| | | | | | DNI | | Año | | División |
| Edad | | Fecha de Nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | | | | Nacionalidad |
| Médico Pediatra/de familia | | | | | Teléfono de contacto | | | | |
| ¿Posee cobertura médica? | | No | Sí | ¿Cuál? | | | Nº de socio | | |
| Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad: (Lugar-dirección-teléfono) | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| En caso de emergencia comunicarse con: (apellido-nombre-vínculo-teléfono de contacto) | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| Información general | | | | | | | | | |
| Peso (kg) | | | Estatura (cm) | | | | | | |
| ¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? | | | | | No | Sí | Desde fecha | | |
| Motivo: | | | | | | | | | |
| ¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad? | | | | | No | Sí | Detallar | | |
| ¿Ha sido internado o sufrido lesiones de consideración en el último año? | | | | | No | Sí | Detallar | | |
| ¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente? | | | | | No | Sí | Detallar | | |
| ¿Toma alguna medicación? (Motivo-Descripción-Fecha estimada inicio de tratamiento-Dosis-Administración) | | | | | | | | | |
| ¿Tiene contraindicado algún medicamento? | | | | | No | Sí | Detallar | | |
| ¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? | | | | | No | Sí | Detallar | | |
| ¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar? | | | | | No | Sí | Especificar | | |

OBSERVACIONES

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud son verídicos.
 Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a en caso de ser necesario.
 Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

**FICHA-CLÁUSULA
LIMITATIVA DE RESPONSABILIDAD**

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

Por la presente me notifico formalmente de que está **absolutamente prohibido** practicar ejercicios de riesgo o deportes, solo o acompañado/a, en todas aquellas ocasiones en que no se encuentre en el gimnasio o lugar o campo de deportes el PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA a cargo del grupo o curso al que pertenezco.

Atento a la responsabilidad genérica que la carga de la guarda impone a la Rectoría del Instituto sobre todos los alumnos (conforme con lo normado por el Código Civil), toda transgresión a esta regla se considerará **falta grave y de exclusiva responsabilidad del desobediente.**

| | | | |
|----------------------------|---------------------|--------------|--------------------------------|
| Firma del Alumno | Aclaración | DNI | / / Fecha |
| Firma del Padre | Aclaración | DNI | / / Fecha |
| Firma de la Madre | Aclaración | DNI | / / Fecha |
| Firma del Tutor | Aclaración | DNI | / / Fecha |