



FICHA DE SALUD 2024

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DIAGNÓSTICO: **FECHA:**

MÉDICO CLÍNICO DE CABECERA

¿HA PADECIDO/PADECE ACTUALMENTE ALGUNA AFECCIÓN, DE QUÉ TIPO? ESPECIFICAR TRATAMIENTO.

VACUNACIÓN COMPLETA/ INCOMPLETA (ESPECIFICAR)

¿HA TENIDO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS? ¿DE QUÉ TIPO Y CUÁNDO?

¿ HA TENIDO INTERNACIONES? ¿CON QUÉ DIAGNÓSTICO?

RECIBE MEDICACIÓN HABITUAL. ESPECIFICAR CUÁLES:

FÁRMACO.....POSOLOGÍA.....HORARIOS.....

FÁRMACO.....POSOLOGÍA.....HORARIOS.....

En caso de suministro en horario escolar, suscribir y enviar autorización médica adjunta.

POSEE ALTERACIONES AUDITIVAS (descripción)

TIENE ALTERACIONES VISUALES (Descripción):

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MÉDICO

“Por la presente, certifico que el estudiante.....se encuentra apto para realizar Educación Física y actividades deportivas escolares, según su talla y peso”.

FIRMA DEL PROFESIONAL:

FECHA:

SELLO DEL PROFESIONAL:

PARA SER CUMPLIMENTADO POR LOS PADRES O TUTORES

CERTIFICO que mi hijo/a se encuentra en buenas condiciones de salud en virtud de la revisión médica efectuada, lo autorizo a participar de las clases de Educación Física, período lectivo 2024. Asimismo me hago responsable del control periódico de su salud, comprometiéndome a informar dentro del año escolar cualquier modificación en la salud que pudiera comprometer su integridad física, durante el desarrollo de las actividades de Educación Física y actividades deportivas escolares, entregando los certificados médicos que así lo acrediten

FIRMA DE LOS PADRES

ACLARACIÓN

FECHA

Importante: Es obligatorio contar con el apto físico para realizar las clases de Educación Física. En caso que el médico lo califique como no apto para realizarlas, deberá contar con la presente Ficha de Salud completa, con todos los datos solicitados y la expresa indicación del médico exceptuándolo.



Escuela de Educación Especial
Nuestra Luz

Olivos, marzo de 2024.

Señores:

Escuela de Educación Especial Nuestra Luz.

Por la presente **AUTORIZO** a Ustedes en mi carácter de.....del alumno/.....

Y por expresa prescripción del Doctor/a se

suministren los siguientes medicamentos:.....

.....
La posología indicada es la siguiente:

Firma del Padre Madre o Tutor

ACLARACIÓN:

FECHA

Firma y Sello del Profesional

ACLARACIÓN:

FECHA