



## FICHA DE SALUD 2025 – Nivel Secundario

APELLIDO Y NOMBRE.....	
DNI:.....	FECHA DE NACIMIENTO.....
DIRECCIÓN..... LOCALIDAD.....	
AÑO..... CURSO..... TELÉFONO PARTICULAR.....	
TELÉFONO CELULAR.....	
OBRA SOCIAL..... CARNET N° .....	
<u>En caso de urgencia durante la actividad escolar, llamar a:</u>	
Apellido y nombre..... Teléfonos.....	
Apellido y nombre..... Teléfonos.....	
Apellido y nombre..... Teléfonos.....	
¿Tiene o tuvo alguna enfermedad que requiera tratamiento periódico o control médico?	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál?.....	
¿Durante los últimos años fue internado y/u operado?	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuándo? ..... ¿Por qué?.....	
¿Tiene algún tipo de alergia?	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> La alergia se debe a: .....	
Describa sus manifestaciones.....	
¿Recibe tratamiento? ¿cuál?.....	
¿Presenta alguna limitación física?	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál?.....	
Otros problemas de salud.....	
.....	
¿Presentó el calendario oficial de vacunación al día?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿por qué? .....	
OBSERVACIONES: Indique aquí aquella información que crea Ud. necesaria que los docentes a cargo de su hijo/a tengan en cuenta:	
.....	
.....	

LA TOTALIDAD DE LOS DATOS E INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR QUIEN SUSCRIBE LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA**. EL ABAJO FIRMANTE SE COMPROMETE A COMUNICAR AL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER MODIFICACIÓN DE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN FORMA INMEDIATA Y DE MANERA FEHACIENTE.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR.....	
ACLARACIÓN.....	DNI.....
LUGAR Y FECHA:.....	

<b>(para ser completado por el médico)</b>	
EL PACIENTE..... DE..... AÑOS DE EDAD SE ENCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS CURRICULARES Y DEPORTIVAS, NO COMPETITIVAS, SEGÚN SU EDAD, SEXO Y CONTEXTURA FÍSICA.	
LUGAR Y FECHA: ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	
<b>En caso de no poseer el APTO MÉDICO, deberán presentar la ficha de salud y un certificado médico donde indique diagnóstico y la fecha hasta la cual no podrá realizar actividad física.</b>	

- DEBERÁ ADJUNTAR CERTIFICADO BUCODENTAL ACTUALIZADO