



Apellido y Nombres del alumno/a: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo y factor: \_\_\_\_\_

**Ha sufrido:** Hepatitis:  Apendicitis:  Fracturas: \_\_\_\_\_  
(Especificar ubicación): \_\_\_\_\_  
Insuficiencia cardíaca:  Insuficiencia renal

**Enfermedades que padece y/o a las que es propenso:** Asma:  Resfríos:  Desmayos:  Enuresis:  Convulsiones:

**Afecciones:** Oído:  Naríz:  Ojos:  Garganta:  Intestinales:  Gástricas:

**Otras:** Epilepsia:  Diabetes:  Alergias:

Agente: \_\_\_\_\_

Alimentos que no puede ingerir: \_\_\_\_\_

Medicamentos que no puede recibir: \_\_\_\_\_

Está vacunado contra el tétanos:  ¿Es apto para realizar actividades físicas acordes a su edad?:

¿Es apto para realizar natación?: SI  NO  ¿Porqué motivo?: \_\_\_\_\_

En caso de enfermedad o accidente, avisar a: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_

Datos al: (consignar fecha)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Evaluación cardiológica:**  
Electrocardiograma

\_\_\_\_\_

Firma y sello del cardiólogo: \_\_\_\_\_

Ante una situación de emergencia de salud, autorizo **SI** **NO** (hacer un círculo en la opción que elijan) se traslade a mi hijo/a \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Al centro médico que derive el servicio de emergencias "VITAL".

\_\_\_\_\_  
FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DE MAMÁ

\_\_\_\_\_  
FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DE PAPÁ