

**FICHA DE SALUD Y AUTORIZACIÓN DE AYUDA MÉDICA**

**ALUMNO:**.....**AÑO:**.....**TURNO:** .....  
Cobertura médica: .....(adjuntar fotocopia de carnet). Numero de afiliado: .....

Vacunas:.....  
¿CERTIFICADOS ENTREGADOS AL DOCENTE? (Tachar los entregados y adjuntados al legajo personal).

CERTIFICADO APTITUD FÍSICA – CERTIFICADO ODONTOLÓGICO – CERTIFICADO VISUAL – AUDIOMETRÍA.

**SEGÚN LAS OBSERVACIONES DE LOS PADRES CONSIDERAN QUE:**

Su visión es .....Su audición .....  
Su dicción .....  
Su locomoción ..... Su motricidad .....

Enfermedades que tuvo o padece (precisar fechas sí son importantes) .....  
.....  
.....

¿Tuvo alguna vez convulsiones? .....¿Problemas neurológicos?.....

¿Es alérgico? .....¿A qué? .....

¿Merece alguna atención especial?.....

¿Toma alguna medicación? .....¿Cuál?.....

Peso: .....Altura: .....Grupo sanguíneo:.....

¿Ha estado?

Intoxicado? .....

Intervenciones quirúrgicas: .....

¿Quedaron secuelas? .....¿Ha sufrido accidentes?.....

¿Realizó o esta asistiendo algún tratamiento psicológico – psicopedagógico? .....

Neurológico o de otro tipo: .....

(ESPECIFICAR FECHAS DE INICIO Y CONCLUSIÓN).....

**CONSIDERACIONES IMPORTANTES QUE LOS PADRES CREAN NECESARIO QUE LOS DOCENTES DEBERÁN TENER EN CUENTA CON RESPECTO AL NIÑO –A EN GENERAL:**

.....  
.....  
.....  
.....

**EN CASO DE ACCIDENTE O INDISPOSICIÓN AUTORIZO A MI HIJO –A A SER ATENDIDO POR LOS SERVICIOS DE AYUDA MÉDICA BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES.**

Será notificado al mismo tiempo que el personal médico. En caso que la urgencia lo requiera o el personal docente no pueda comunicarse con sus familiares; será transportado con el personal docente SI NO

¿Considera necesario dar alguna información que pueda ser útil en caso de urgencia?

.....  
.....

**EN CASO QUE LAS OPCIONES ANTERIORES NO LO SATISFAGAN Y USTED NO DESEA QUE SU HIJO SEA ATENDIDO Y/O TRANSPORTADO POR EL SERVICIO MENCIONADO. EXPLIQUE CÓMO DESEA QUE EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO ACTUE FRENTE A UNA URGENCIA, CONSIDERANDO QUE AL MISMO NO LES ES PERMITIDO TRASLADAR NIÑOS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO EN EL HORARIO ESCOLAR SIN LA AUTORIZACIÓN DE SUS PADRES.**

.....  
.....  
.....

**Firma del Padre, Madre o Tutor:** .....

**Aclaración:**.....

**D. N. I. :** .....

**Firma P. Directivo:** .....

**Fecha:** .....