



# Colegio Schönthal A-581

Av. Nazca 537 - Capital Federal  
Tel/Fax: 4637-1414  
correo@schonthal.esc.edu.ar  
www.schonthal.esc.edu.ar

## DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD AÑO 2022

Plazo de devolución de la presente ficha: **1º semana de clases**

**“En caso contrario no podrá realizar Educación Física hasta que no se entregue la misma”.**

**Se debe presentar original y copia**

Nº de Orden: \_\_\_\_\_

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

D. N. I.: \_\_\_\_\_ Año / División: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ cm.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor RH \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_ Nº de Afiliado: \_\_\_\_\_

En caso de urgencia o emergencia llamar a los siguientes teléfonos (indicar a quienes pertenecen):

1. Particular: \_\_\_\_\_ 2. Empleo: \_\_\_\_\_

3. Otro: \_\_\_\_\_ 4. Otro: \_\_\_\_\_

Se encuentra padeciendo (marque con una X al costado):

➤ Procesos infecciosos o inflamatorios SI NO

➤ Padece algunas de las siguientes enfermedades:

1. Metabólicas: Diabetes SI NO

2. Cardiopatías Congénitas SI NO

3. Cardiopatías Infecciosas SI NO

4. Hernias inguinales o crurales SI NO

➤ Ha padecido en fecha reciente:

1. Hepatitis (últimos 60 días) SI NO

2. Sarampión (últimos 30 días) SI NO

3. Parotiditis (últimos 30 días) SI NO

4. Mononucleosis infecciosas (últimos 30 días) SI NO

5. Esguinces de tobillo, hombro o muñeca (últ. 30 días) SI NO

➤ Padece alguna afección crónica como:

1. Visuales: miopía: \_\_\_\_\_ Hipermetropía : \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

2. Osteoarticulares: Escoliosis: \_\_\_\_\_ Lordosis: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

3. Alérgicas: Indicar cuales: \_\_\_\_\_

➤ Toma alguna medicación en forma regular? Indicar Motivo, Dosis, Administración: \_\_\_\_\_

➤ alguna otra situación particular diagnosticada por el médico (indicar cuál) :



# Colegio Schönthal A-581

Av. Nazca 537 - Capital Federal  
Tel/Fax: 4637-1414  
correo@schonthal.esc.edu.ar  
www.schonthal.esc.edu.ar

Buenos Aires,.....

## APTO FISICO

Certifico haber examinado a ..... DNI.....

Quien se encuentra en condiciones físicas para concurrir a clases y de participar de actividades escolares, en viajes y salidas de estudio y recreativas como también para realizar actividades propias del área de Educación Física, sean las mismas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

También certifico que se encuentra al día la aplicación de las vacunas correspondientes al **Calendario Nacional de Vacunación**.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Schönthal

.....  
Firma del Profesional

.....  
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

**Autorizo a mi hijo/a a participar de las clases de Educación Física y las actividades extraprogramáticas, físicas y deportivas en el Colegio y/o Campo de Deportes en los horarios y días que le correspondan a cada grupo.**

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados y notificar a las autoridades del Colegio, 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.

-----  
Firma del padre, madre o tutor

-----  
Aclaración de firma