

INSTITUTO JOSE MANUEL ESTRADA

 DIEGEP N° 0124 - 4960

AMEGHINO N°1533. BERAZATEGUI

TEL: 4256 - 2959

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA**

**AUTORIZACIÓN**

Tomando conocimiento autorizo a mi hijo/a ……………………………………………………………………………………………. que cursa …… año, turno ……………...., nivel ………………….. a realizar actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

 Apellido y nombre: ……………………………………………… Firma: ………………………….. D.N.I.: …………………………

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE SALUD** |
| **1.a. DATOS DEL ALUMNO:** FECHA: |
| Nombre y apellido: |
| Dirección: Teléfono: |
|  **b. INFORMANTE:** Madre Padre Otros |
| **2.a. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD** |
| ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? |
| NO SÍ ¿Cuál? | Metabólicas |
| Durante los últimos tres años, ¿fue internado alguna vez? SÍ NO  | Cardíacas |
| ¿Por qué? | Respiratorias |
|  **b. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?** SÍ NO | Infectocontagiosas |
| En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: | Musculares |
| La alergia se debe a: | Osteo articulares |
| ¿Recibe tratamiento permanente? SÍ NO | Alergias |
|  | Otras (¿Cuáles?) |
| **3. TRATAMIENTOS:** |
| ¿Recibe tratamiento médico? SÍ NO Especifique: |
| Quirúrgicos: SÍ NO Edad: Tipo de cirugía: |
| ¿Presenta alguna limitación física? SÍ NO Aclaración: |
| Otros problemas de salud: |
| **4. VACUNAS OBLIGATORIAS:** |
| **VACUNA** | **CANTIDAD DE DOSIS** | **FUENTE DE LA INFORMACIÓN** **LSMI Otras certificaciones** |
| SABIN |  |  |  |
| BCG |  |  |  |
| ANTIHEMOPHILUS |  |  |  |
| TRIPLE BACT. (DPT) |  |  |  |
| TRIPLE VIRAL (SRP) |  |  |  |
| ANTISARAMPIONOSA |  |  |  |
| VPH (VIRUS PAPILOMA HUMANO) |  |  |  |
| **SI EL NIÑO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD** |
| Recurrir a: | Institución: | Dirección: | Teléfono: |
| Avisar al médico: | Nombre y apellido: | Dirección: | Teléfono: |
| Avisar al familiar: | Nombre y apellido: | Dirección: | Teléfono: |
| **ACTUALIZACIONES** |
| FECHA: ANUAL NO SÍ ¿HAY CAMBIOS? NO SÍDescriba los cambios en la salud del niño/a: |
| FECHA: ANUAL NO SÍ ¿HAY CAMBIOS? NO SÍDescriba los cambios en la salud del niño/a: |
| FECHA: ANUAL NO SÍ ¿HAY CAMBIOS? NO SÍDescriba los cambios en la salud del niño/a: |