

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 SÍ  Describa los cambios en la salud del niño/a: | | | | |
| FECHA: ANUAL NO SÍ ¿HAY CAMBIOS? NO SÍ  Describa los cambios en la salud del niño/a: | | | | |
| FECHA: ANUAL NO SÍ ¿HAY CAMBIOS? NO SÍ  Describa los cambios en la salud del niño/a: | | | | |