



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 <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>						
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:
Celiaquía:		SÍ	NO	Diabetes 1:	SÍ	NO
¿Toma medicamentos por periodos prolongados? Cual?						
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
Describe los cambios en la salud del niño/a:						
FECHA:	ANUAL	NO	SÍ	¿HAY CAMBIOS?	NO	SÍ
Describe los cambios en la salud del niño/a:						
FECHA:	ANUAL	NO	SÍ	¿HAY CAMBIOS?	NO	SÍ
Describe los cambios en la salud del niño/a:						

