



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD
FORMULARIO A CUMPLIMENTAR POR PADRE/MADRE/TUTOR DEL ALUMNO/A

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ALUMNO: _____
EDAD: _____ SALA: _____
GRUPO SANGUÍNEO: _____

INDICAR CON X

| | SI | NO |
|--|----|----|
| A) Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos. | | |
| B) Padece alguna de las siguientes enfermedades: <ul style="list-style-type: none">• Metabólicas: Diabetes | | |
| • Cardiopatías congénitas | | |
| • Cardiopatías infecciosas | | |
| • Hernias inguinales, crurales | | |
| C) Ha padecido en fecha reciente: <ul style="list-style-type: none">• Hepatitis - 60 días | | |
| • Sarampión - 30 días | | |
| • Parotiditis - 30 días | | |
| • Mononucleosis infecciosa - 30 días | | |
| • Esguinces/luxaciones de tobillo, hombro, muñeca - 60 días | | |
| D) alguna otra situación particular determinada por el médico. _____ _____ | | |

Por la presente dejo constancia que el/la niño/a _____ se encuentra en buen estado de salud, apto para realizar actividad recreativa – deportiva acorde a su edad.

Los alumnos que no posean el apto correspondiente no podrán realizar actividad física. LA FICHA DE SALUD REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, SIENDO OBLIGACIÓN DE PADRE/MADRE/TUTOR, NOTIFICAR AL COLEGIO CUALQUIER MODIFICACIÓN EN LA MISMA.

Lugar y fecha: CABA, _____ DE 2026

Firma del padre/madre/tutor: _____

Aclaración de la firma: _____

Firma y sello del médico (conste matrícula): _____

Aclaración: _____

