



APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE: .....

GRADO: ..... DIVISIÓN: ..... TURNO: ..... DNI N°: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../..... EDAD AL 30 DE JUNIO: .....

OBRA SOCIAL: ..... AFILIADO N° .....

NOMBRE DEL PADRE: ..... DNI N°: .....

TEL. O CELULAR DE CONTACTO: .....

NOMBRE DE LA MADRE: ..... DNI N°: .....

TEL O CELULAR DE CONTACTO: .....

RESPONSABLE LEGAL DEL ESTUDIANTE: ..... DNI N°: .....

TEL O CELULAR DE CONTACTO: .....

Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Quedan notificados que, en caso de emergencia, el estudiante será trasladado al hospital, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la Ficha el Certificado Médico en que se indique diagnóstico, en aquellos casos en que el estudiante "SI" presente algunas de las situaciones descriptas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares.

La Dirección General de Escuelas sugiere a lo/s Padre/s, Madre/s o Responsable legal de los estudiantes, el control médico anual de los mismos.

Table with 2 main columns: 'Antecedentes generales y condiciones de salud' and 'Marcar con una cruz en el espacio libre'. Rows include various medical conditions like 'Procesos inflamatorios', 'Diabetes', 'Afección cardiaca', etc.

Form section for 'Tratamiento con medicamentos' including fields for 'Nombre del medicamento', 'Dosis', 'Frecuencia', and 'Médico para llamar por urgencias (si corresponde)'. Includes 'SI' and 'NO' checkboxes.

Firma y Aclaración del Padre/Madre o Responsable Legal .....

Fecha: ...../...../.....