

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a:

DNI Colegio:

Nacido/a el | | a concurrir al viaje a realizarse en.....

desde el día | | hasta el día | |

.....
Firma del Padre/ Madre

.....
Aclaración de firma

.....
DNI

FICHA MÉDICA

En caso de enfermedad avisar a:

.....

Tel: Cel:

Domicilio

Antecedentes personales *(Sírvase marcar con una X sólo los datos positivos)*

Enfermedades padecidas:

- SARAMPIÓN
- VARICELA
- RUBEOLA
- PAPERAS
- TOS CONVULSA
- HEPATITIS
- DIABETES
- ESCARLATINA
- FIEBRE REUMÁTICA
- MENINGITIS
- CELIAQUÍA
- OTRAS

Con tendencia a:

- RESFRÍOS
- BRONQUITIS
- AFECCIONES DE OIDO
- CONJUNTIVITIS
- ENURESIS
- DESMAYOS
- SONAMBULISMO
- HEMORRAGIAS
- DIARREAS
- CONSTIPACIÓN
- VÓMITOS
- OTRAS

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

(Diagnóstico y Fecha)

.....

FRACTURAS *(Diagnóstico y Fecha)*

.....

¿ALGUNA VEZ FUE HOSPITALIZADO?

(Diagnóstico y Fecha)

.....

PRESENTA MANIFESTACIONES ALÉRGICAS COMO:

rinitis asma

bronquitis espasmódica urticaria

eczema

¿ES ALÉRGICO A COMIDAS? *(Especificar)*

.....

¿REALIZA ALGUNA DIETA ESPECIAL?

.....

¿ES ALÉRGICO A MEDICAMENTOS? *(Especificar)*

.....

Fecha | |

.....

Firma del Padre/ Madre

.....

Firma y sello del médico.

Todos los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de **DECLARACIÓN JURADA** y confidencial, encontrándose enmarcada bajo las normas del Secreto Médico Profesional. Contemplado jurídicamente en las siguientes legislaciones, Ley 17.132 artículo 11 del EJERCICIO DE LA MEDICINA y por el Código Penal Argentino en su artículo 156. Su objeto es reunir la información necesaria para una real evaluación médica. Rogamos contestar con veracidad todas las preguntas.

ADJUNTAR FOTOCOPIA FRENTE Y DORSO DEL DNI

¿QUE ANTIBIÓTICOS RECIBE HABITUALMENTE?

.....

¿REALIZÓ ALGÚN TRATAMIENTO EN EL PLANO

PSÍQUICO?..... ¿DE QUÉ TIPO?

.....

EPILEPSIA / CONVULSIONES: ÚLTIMO EPISODIO:

.....

GRUPO SANGUÍNEO..... FACTOR RH

¿SIGUE ACTUALMENTE ALGÚN TRATAMIENTO

MEDICAMENTOSO? *(Especificar)*

.....

OTRO DATO QUE CONSIDERE DE UTILIDAD

PARA EL MÉDICO

.....

.....

.....

.....

.....

.....