

INSTITUTO JOSÉ DE SAN MARTÍN

Ficha de antecedentes de salud

Nivel Inicial y Educación Primaria

Apellido/s y Nombre/s del alumno/a: DELIZIA, IGNACIO LIONEL
Sala/Año: 6^{to} Turno: tarde
Domicilio: SARGENTO CABRAL N° 196
Entre las calles: DOLLEGO y JOSÉ MARIA ROSA
Localidad: SAN MIGUEL Partido: SAN MIGUEL
Teléfono: (011) 15-3384-1509 Teléfono alternativo: (011) 15-5259-7783
Fecha de nacimiento: 18/07/2011 Edad: 11 Grupo sanguíneo: A+
En caso de emergencia avisar a (indicar nombre, apellido y parentesco): mamá 15.33841509
(Kevin y Emilie) / Papá 1552597783 (Javier DELIZIA)
Teléfonos: 15-3182 6678 (ABUELA ANA MARIA)
¿Posee cobertura médica? Sí ¿Cuál?: OSDE
N° de afiliado: 6.1 340001003
Domicilio y teléfono de la cobertura médica: 0810 996 6300 (Urgencias)
0810-666-1111 (RIESGO DE VIDA)
Centro asistencial al que desea ser trasladado y/o médico de cabecera: SANATORIO DE LA
TRINIDAD - SEDE THAMES - AV FONDO DE LA LEGUA B.S.A.
Dirección: VILLA ADELINA, PROV. Bs. Ar
Teléfono: (011) 4898-6700

En caso de accidente o cualquier otro acontecimiento ocurrido durante el Ciclo Lectivo, ya sea dentro o fuera del ámbito escolar, autorizo a la Dirección de la Institución a trasladar al alumno al Centro Asistencial que consideran conveniente. Y en caso de ausencia de los padres, adoptar las medidas de curación pertinentes sobre cualquier parte del cuerpo del alumno (suturas, yesos, internaciones, etc.).

a) ¿Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos?

Indique cuáles:

b) ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?:

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| 1. Diabetes | <u>no</u> |
| 2. Cardiopatías infecciosas | <u>no</u> |
| 3. Hernias inguinales crurales | <u>no</u> |
| 4. Hipertensión | <u>no</u> |
| 5. Epilepsia | <u>no</u> |
| 6. Asma | <u>no</u> |
| 7. Alergia | <u>no</u> |

¿Cuáles?

¿Ha padecido en fecha reciente:

- Hepatitis (60 días)
- Sarampión (30 días)
- Parotiditis (30 días)
- Mononucleosis infecciosa (30 días)
- Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (30 días)

no
no
no
no
no

d) ¿Alguna otra situación particular determinada por el médico?

¿Cuál?

e) ¿Toma medicamento en forma permanente?

Indique cuáles:

f) ¿Está apto para realizar Educación Física?

NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems señalados precedentemente deberá presentar, juntamente con el formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no, para efectuar actividad física.

Observaciones:

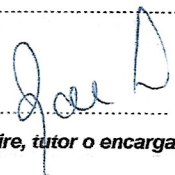
.....
.....
.....
.....



Firma del médico

Dra. FABIANA QUESADA
MEDICO
M.N. 92594 - M.R. 53989

Aclaración de firma y
Matrícula profesional



Firma del padre, tutor o encargado

Kairós Yamila

Aclaración de firma del padre

Lugar y fecha..... San Miguel, 19 de enero 2023.