

Escuela Técnica Nº6 D.E. Nº12 "Fernando Fader" Pasaje La Porteña 36/54 C1406AKD C.A.B.A Tel.: 4612-7414/4611-3760 Mail: det_6_de12@bue.edu.ar

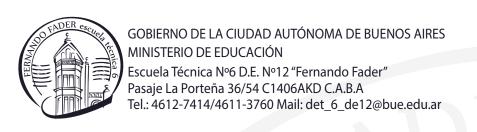
PEGAR AQUÍ FOTO ALUMNO

FICHA DE DATOS PERSONALES

CICLO LECTIVO 20Año.	Div.
ALUMNO APELLIDO Y NOMBRE	MADRE Y/O TUTOR
AÑO Y DIVISIÓN	
ESPECIALIDAD	
DNI	TEL. PARTICULAR
FECHA DE NACIMIENTO	TEL. LABORAL
EDAD (AL 30 DE JUNIO)	OCUPACIÓN
NACIONALIDAD	EMAIL
DOMICILIO COMPLETO	NACIONALIDAD
	PADRE Y/O TUTOR
LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	DOMICILIO COMPLETO
OBRA SOCIAL/ MEDICINA PREPAGA	
	TEL. PARTICULAR
EMAIL ALUMNO	TEL. LABORAL
TELÉFONO ALTERNATIVO	
VINCULO:	EMAIL
TELÉFONO ALTERNATIVO	NACIONALIDAD
VINCULO:	
AUTORIZACIONES	
	por la familia, MAYORES DE 18 AÑOS para retirar al menor en caso de necesidad
NOMBRE Y APELLIDO	VINCULO TELÉFONO DNI

NOMBRE Y APELLIDO	VINCULO	TELÉFONO	DNI
SITUACIONES PARTICUI ARES (PSICOFISICAS MOTRICES O	NE ADRENDIZA IE) (L NIE CONSIDERE INF	ORMAR:

FIRMA Y ACLARACIÓN MADRE Y/O TUTOR



COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

AUTORIZACIÓN PARA SITUACIONES ESPECIALES

En la Ciudad Autonoma de Buenos Aires, a los dias	
se presenta MADRE / PADRE / TUTOR	DNI Nº
se presenta PADRE / PADRE / TUTOR	
Domiciliado en	
Domiciliado en	
En su carácter de padres/tutores/encargados (Tachar lo que del Menor	
con DNI N°prestan su autorización expresingresar en caso de: falta de Suministro eléctrico o de agua sobre las Autoridades Educativas ninguna responsabilidad Establecimiento, pueda protagonizar o sufrir el alumno/a. (*) En este caso, los alumnos y el personal del establecimiento Bolivia. ESTE DOCUMENTO SOLAMENTE SERÁ VALIDO PARA AQUELLO SU FIRMA EN EL LIBRO DE ASISTENCIAS PREVIAMENTE. En prueba de conformidad y aceptación, firman el present	o amenaza de bomba (*). Asimismo, no recaerá ante cualquier daño o episodio que, fuera del (res.N°2196/04 y 1941/03). concentrarán en la esquina de las calles Yerbal y OS ADULTOS RESPONSABLES QUE REGISTREN
FIRMA Y ACLARACIÓN MADRE Y O TUTOR ALITORIZACIÓN DE USO Y CESIÓN	FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE Y O TUTOR
AUTORIZACIÓN DE USO Y CESIÓN	DE DEKECHOS DE IMAGEN
Por la presente presto expreso consentimiento para que el G pedagógicos, con el objeto de dar a conocer a la comunidad y/o extraescolares, el material fotográfico, fílmico, audiovisua el marco de las actividades desarrolladas bajo su órbita. Inclu bución, edición, reproducción, publicación, adaptación, o im medio de terceros renunciando expresa e incondicionalmente	la oferta de actividades lectivas, complementarias al, o de cualquier otra clase que fuera producido en uyendo cualquier forma y medio de difusión, distri- presión, o cualquier medio y formato por si o por
FIRMA Y ACLARACIÓN MADRE Y/O TUTOR	FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE Y/O TUTOR
COMPLETAR CON IMPRENTA LEGIBLE Y CLARA	
CORREO ELECTRÓNICO MADRE Y/O TUTOR	
CORREO ELECTRÓNICO PADRE Y/O TUTOR	

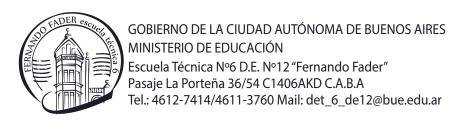


Escuela Técnica Nº6 D.E. Nº12 "Fernando Fader" Pasaje La Porteña 36/54 C1406AKD C.A.B.A Tel.: 4612-7414/4611-3760 Mail: det_6_de12@bue.edu.ar

COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

ALUMNO APELLIDO Y NOMBRE			
AÑO Y DIVISIÓNESPECIALI	DAD		EDAD
7INC	ECHA DE	NACIMIE	NTO///
NACIONALIDADDOMICILIO COMPL			
DBRA SOCIAL/ MEDICINA PREPAGA			
ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
1- PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?			OBOLITYAGIONEO
DIABETES ENFERMEDAD CARDÍACA (SOPLO, PALPITACIONES, HIPERTENSIÓN)			
HERNIA			
ALERGIA (ACLARAR A QUE, Y COMO SE TRATA)			
CONVULSIONES			
ASMA			
SINUSITIS, ADENOIDITIS, OTITIS (A REPETICIÓN)			
2-OPERACIONES (ACLARAR MES Y AÑO)			
APENDICITIS			
OTRAS			
3-EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES ¿TUVO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? HEPATITIS			
SARAMPIÓN			
PAPERAS			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA			
TUBERCULOSIS			
FRACTURAS, ESGUINCES Y LUXACIONES (ACLARAR QUE).			
4- MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA:			
AUDITIVO ¿CUÁL?			
VISUAL ¿CUAL?			
CON ALGUN TIPO DE ALIMENTO			
SUEÑO O DORMIR			
CUANDO VIAJA EN ALGÚN MEDIO DE TRANSPORTE			
CON LA PRÁCTICA DE ALGÚN DEPORTE			
PARA RETENER EL PIS			Y
DESVIACIÓN DE LA COLUMNA			
DE PERDIDA DE CONCIENCIA			
DESMAYOS O GOLPES DE CALOR	LÍDITAS		++++++
POSEE ALGÚN FAMILIAR DIRECTO FALLECIDO ANTES DE LOS 45 AÑOS POR FALLA CARDÍACA S INDIQUE SI SABE NADAR	UDITA!		
Will have been seen as a second secon	FECIONAL		
EN CASO DE SER NECESARIO SE SOLICITARÁ APTO MEDICO FIRMADO POR PROI	FESIUNAL		
OTRA INDICACIÓN QUE DEBA INFORMAR			
		_	





PLANILLA DE SALUD PARA ED. FÍSICA

COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA: Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes. Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es requisito obligatorio para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas. Quien suscribe _____ carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante DNT ____ que cursa ____ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo con fecha de nacimiento ____ con domicilio en _____ en la Ciudad de _____ Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso consentimiento para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		





Escuela Técnica Nº6 D.E. Nº12 "Fernando Fader" Pasaje La Porteña 36/54 C1406AKD C.A.B.A Tel.: 4612-7414/4611-3760 Mail: det_6_de12@bue.edu.ar

••	••	 	20		
				DIVISIÓN	

COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

Asma bronquial	
Pérdida de conciencia	
Convulsiones	
Traumatismo de Cráneo	
Diabetes	
Alteraciones Sanguíneas	
En relación con el ejercicio (durante o después), ha	
Padecido alguna vez:	
Desmayos	
Mareos	
Dolor en el pecho	
Cansancio excesivo	
Palpitaciones	
Dificultad para respirar	
Afecciones Auditivas	
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias	
Problemas en los huesos o articulaciones	
Cirugías	
Internaciones	
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses	
Falta o no funcionamiento de Algún órgano par (Ej.	
Riñón, ojos, testículos)	
Alergias	
Tos crónica	
Toma de medicación habitual	
Alergia a algún medicamento	
Problema de piel	
Usa anteojos	
Vacunación completa	
Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas).	

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.





Escuela Técnica Nº6 D.E. Nº12 "Fernando Fader" Pasaje La Porteña 36/54 C1406AKD C.A.B.A Tel.: 4612-7414/4611-3760 Mail: det 6 de12@bue.edu.ar



COMPLETAR CON IMPRENTA MAYÚSCULA

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

Firma	Aclaración	Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centrode-salud

