



Ejército Argentino
Liceo Militar "General ROCA"

FICHA DE SALUD ANUAL

Ficha de Salud del Alumno/a: Grado/Año: DNI:		Enfermedades y o Factores de Riesgos para COVID-19:	
ANTECEDENTES MEDICOS Hereditarios o Familiares: Padre:..... Madre:..... Hermanos:..... Personales: Padeció o Padece Enfermedades Infectocontagiosas de la Infancia:..... <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI Cuales?..... Sufre de Enfermedades Hereditarias?:..... Cuales?..... Grupo y Factor Sanguineo:.....		Otros problemas de salud:	
		SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD	
		RECURRIR A: Clínicas _ Hospital (Indicar según Obra Social)	
		Dirección Particular: TEL:	
		AVISAR A: Madre – Padre – Tutor TEL:	
		Obra Social: Nº de Afiliado:	
		AUTORIZO A MI HIJO A REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
<i>Declaramos bajo juramento que los datos informados en la presente HISTORIA CLÍNICA son verídicos de acuerdo a nuestro leal saber y entender y nos comprometemos a informar al Servicio de Sanidad todo cambio en el estado de salud de mi hijo. Asimismo notificamos que cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en los datos aportados corren bajo nuestra exclusiva responsabilidad.</i>			
Autorizo a que mi hijo que sea asistido por el Servicio de Sanidad del Liceo Militar "GrL ROCA" toda vez que sea necesario y, cuando se requiera, por la Empresa de Emergencias contratada por el Instituto, como así también su traslado en caso de urgencia al centro de asistencia más cercano o de mayor complejidad.			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
FIRMA:			
ACLARACIÓN:			
En caso afirmativo, describa a que: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Recibe tratamiento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Especifique:			
Vacunas (adjuntar fotocopias)			

