Buenos Aires, Diciembre de 2020

**Ref.: Actualización de Ficha Médica**

Estimadas familias:

En virtud de las normativas vigentes, les solicitamos completar la actualización de la ficha médica de vuestro/a hijo/a. Dicha información actualizará la entregada por ustedes en ocasión de la entrevista médica realizada al ingreso del/la alumno/a a nuestra Escuela, o bien, la ficha presentada para el anterior ciclo lectivo.

Asimismo, les informamos que es condición ineludible acompañar la ficha de actualización por un certificado de aptitud física y un certificado de aptitud cardiológica (modelos que se adjuntan) firmados por profesionales médicos. Dichos certificados firmados por padres/madres/representantes legales y médicos, los/as autorizará a participar de salidas educativas y viajes escolares.

Complementariamente, si vuestro/a hijo/a participará de actividades deportivas competitivas representando a la Escuela, deberán presentar también un certificado de aptitud cardiológica que lo habilite (ver modelo específico).

**Con el objetivo de que todos los estudiantes puedan comenzar el ciclo lectivo 2021 con la documentación exigida para desarrollar actividades educativas, hemos adelantado el período de recepción de dicha documentación. La misma podrá ser entregada en la escuela desde Diciembre de 2020, y/ó durante el receso escolar de verano en la Secretaría General de Escuela (ingresando por Av. Del Libertador 6796). La fecha límite para entregar la documentación, sin la cual los alumnos/as no podrán iniciar el ciclo lectivo, es el 12 de Febrero de 2021.**

Quedando a vuestra disposición ante cualquier consulta aprovechamos la oportunidad para saludarlos muy atentamente.

*Dirección de Escuela*

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

Fecha:………………………….….

**ACTUALIZACIÓN DE FICHA MÉDICA**

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres del alumno/a: ……….…………..……………………………………………………………………..

Grado (2021):…………………… Curso: ……………………………..

Tel. Fijo familiar: ……………………..…..…

Tel. Cel. 1 (madre/padre/representante legal): ……….……..……..………

Tel. Cel. 2 (madre/padre/representante legal):: …..…..…...………….………

Cobertura Médica: ……………………………..……… N° Afiliado:………………………………………………….…

Nombre del Médico pediatra:……………………..……………………………………Tel:……………………………..…

Centro de derivación sugerido en caso de emergencia médica:……..………………………………………………….

Dirección:…………………………………………………………………………...…………. Tel:…….……………………

En caso de emergencia médica comunicarse con:

1° VÍNCULO:………………………TEL:…………………

2° VÍNCULO:………………………TEL:….…………………

* ¿Realiza/ó tratamiento psicopedagógico / terapéutico?: SI ( ) NO ( ) ¿Por qué motivo y en qué fecha?
* ¿Padece actualmente alguna enfermedad? SI ( ) NO ( ) ¿Cuál / es?
* ¿Se encuentra actualmente en tratamiento? SI ( ) NO ( ) ¿Cuál?
* ¿Toma actualmente alguna medicación? SI ( ) NO ( ) ¿Cuál / es?
* ¿Debe cumplir alguna dieta por prescripción médica? SI ( ) NO ( ) ¿Cuál / es?
* ¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI ( ) NO ( ) ¿Cuál / es?
* ¿Hay alguna actividad especial que no pueda realizar? SI ( ) NO ( ) ¿Cuál / es?
* Observaciones:

**El/la que suscribe, toma conocimiento y autoriza a su hijo/a para realizar actividad física de acuerdo a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.**

**Me comprometo a notificar en forma inmediata en el caso de que mi hijo/a presentare alguna enfermedad o alteración o modificación de lo anteriormente expuesto, durante ciclo lectivo 2021, en especial cuando ello impida la realización de alguna actividad física y/o contraindicación respecto de algún medicamento.**

**Por la presente, dejo constancia que todos los datos que se proporcionaron en esta ficha son verídicos.**

**Autorizo al Dpto. Médico de ORT Argentina a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.**

**Autorizo a que, ante un caso de emergencia, nuestro/a hijo/a sea trasladado/a al centro asistencial indicado en la presente, o bien, al centro que en ese momento posea disponibilidad y capacidad para la atención necesaria, ya sea este de la red sanitaria pública como de la privada.**

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

**ESTA FICHA DEBE SER ACOMPAÑADA POR UN CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD**

**CERTIFICADO DE APTO FÍSICO**

Bs. As, ….../……./…….….

Certifico que…………………….…………………………………… DNI N°: ……………………….. de ………… años de edad, ha sido examinado/a **clínicamente** en el día de la fecha, y se encuentra en condiciones de concurrir a clases, de participar de actividades escolares, incluidas las propias de la educación física escolar curricular, que corresponden a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo, y de concurrir a viajes de estudios.

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del Médico

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICADO DE APTITUD CARDIOLÓGICA**

Bs. As, …..../....…./……....

Certifico que…………………….…………………………………… DNI N°: ……………………….. de ………… años de edad, ha sido examinado/a **cardiológicamente** en el día de la fecha y de acuerdo a los estudios realizados se encuentra en condiciones de participar de actividades físicas, que corresponden a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo, y de concurrir a viajes de estudios.

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del Médico Cardiólogo

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDAD DEPORTIVA EN COMPETENCIA EN REPRESENTACIÓN DE LA ESCUELA ORT**

**(Solo para alumnos y alumnas que participen de actividades físicas y/o deportivas competitivas en representación de la Escuela ORT)**

Bs. As, …..../....…./……....

Certifico que…………………….…………………………………… DNI N°: ……………………….. de ………… años de edad, ha sido examinado/a física y cardiológicamente en el día de la fecha y de acuerdo a los estudios realizados se encuentra en condiciones de participar de actividades físicas, incluidas las deportivas competitivas en representación de la Escuela ORT y/o Asociación ORT Argentina, que corresponden a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo, como también encontrarse en condiciones físicas de concurrir a viajes de estudio o deportivos.

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del Médico Cardiólogo

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente se deja expresa constancia que se libera de toda responsabilidad a la Escuela ORT y/o Asociación ORT Argentina, así como al personal docente a cargo de la actividad, por los eventuales daños y/o perjuicios que pudieran derivar de la inscripción y participación en las mencionadas actividades. La liberación de responsabilidad aludida alcanza a todo daño que pudiera eventualmente sufrir el/la autorizado/a y/o sus bienes, así como pérdida y/o robo o hurto de éstos, como consecuencia de la participación en las competencias deportivas, incluso caso fortuito o fuerza mayor.

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Aclaración de la Madre / Padre / Tutor

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_