

Buenos Aires, diciembre de 2023

Ref.: Actualización de Ficha Médica

Estimadas familias:

En virtud de las normativas vigentes, les solicitamos completar la actualización anual de la ficha médica de vuestro/a hijo/a. Dicha información resulta necesaria para actualizar los datos de su hijo/a para el ciclo lectivo 2024.

Cabe destacar, que la presente ficha de actualización médica, debe ser acompañada por un certificado de aptitud física y por un certificado de aptitud cardiológica (cuyos modelos se adjuntan), firmados por los profesionales médicos correspondientes.

Asimismo, dichos certificados firmados por los y las representantes legales y por los/las médicos/as, permitirán participar a los y las estudiantes de salidas educativas y viajes escolares.

Complementariamente, si vuestro/a hijo/a llegara a participar de actividades deportivas competitivas representando a la Escuela, deberán presentar otro certificado de aptitud física y cardiológica específico para la realización de actividades deportivas competitivas. (También se adjunta modelo específico).

Con el objetivo de que todos los y las estudiantes puedan comenzar el ciclo lectivo 2024 con la documentación exigida para desarrollar actividades educativas, hemos adelantado el período de recepción de dicha documentación. La misma podrá ser entregada en la Secretaría de la Escuela a partir del 18 de Diciembre de 2023 hasta el 16 de Febrero de 2024.

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

Equipo de Dirección

Firma y aclaración de la Progenitora/Progenitor o Rep. Legal

Firma y aclaración del Progenitor/Progenitora o Rep. Legal

Fecha:.....

ACTUALIZACION DE FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres del estudiante:

Año:..... Curso: Especialización:

Tel. Fijo: Tel. Cel. 1: Tel. Cel. 2:

Cobertura Médica: N° Afiliado:.....

Nombre del Médico/a 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:

EI/La que suscribe, toma conocimiento y autoriza a su hijo/a para realizar actividad física de acuerdo a su edad, genero, 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 el actual ciclo lectivo, 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 Progenitora/Progenitor o Rep. Legal

 Firma y aclaración del Progenitor/Progenitora o Rep. Legal

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, genero, grado de maduración y desarrollo, y de concurrir a viajes de estudios, durante el ciclo lectivo 2024.

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del/de la Médico/a

Firma y aclaración de la Progenitora/Progenitor o Rep. Legal

DNI N° _____

Firma y aclaración del Progenitor/Progenitora o Rep. Legal

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, genero, grado de maduración y desarrollo, y de concurrir a viajes de estudios, durante el ciclo lectivo 2024.

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del/de la
Médico/a Cardiólogo/a

Firma y aclaración de la Progenitora/Progenitor o Rep. Legal

DNI N° _____

Firma y aclaración del Progenitor/Progenitora o Rep. Legal

DNI N° _____

**CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDAD DEPORTIVA EN
COMPETENCIA EN REPRESENTACIÓN DE LA ESCUELA ORT
(Solo para estudiantes 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, genero, grado de maduración y desarrollo, como también
encontrarse en condiciones físicas de concurrir a viajes de estudio o deportivos, durante el ciclo lectivo
2024.

OBSERVACIONES:

Firma y Sello del/de la
Médico/a Cardiólogo/a

Firma y aclaración de la Progenitora/Progenitor o Rep. Legal

DNI N° _____

Firma y aclaración del Progenitor/Progenitora o Rep. Legal

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 Progenitora/Progenitor o Rep. Legal

DNI N° _____

Firma y aclaración del Progenitor/Progenitora o Rep. Legal

DNI N° _____