

Buenos Aires, febrero de 2022

**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 2022.

Cabe destacar, que es condición ineludible que la ficha de actualización médica, se encuentre 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 2022 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 hasta el 18 de febrero de 2022.**

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 alumno/a: .....

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:

**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 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, sexo, grado de maduración y desarrollo, y de concurrir a viajes de estudios.

### 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, sexo, grado de maduración y desarrollo, y de concurrir a viajes de estudios.

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 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/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° \_\_\_\_\_