

# AUTORIZACIÓN Y REGLAMENTO

## Atención!

**Esta documentación debe ser entregada a su Preceptor.  
No válido como Reserva de Viaje.**

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.-

Por medio de la presente autorizo a mi hija/o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (año, div. y turno), a realizar el viaje de estudios a \_\_\_\_\_ entre los días \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del corriente año y declaro conocer todas las actividades e itinerario de dicho viaje. Asimismo reconozco y acepto las condiciones presentes en el siguiente reglamento:

La participación de los alumnos en cualquiera de los viajes educativos organizados por la Escuela Superior de Comercio "Carlos Pellegrini" implicará la aceptación en forma incondicional de las siguientes normas:

- 1) Durante el transcurso de las excursiones el alumno deberá cumplir con las indicaciones pertinentes a la seguridad y organización general del grupo.
- 2) El alumno deberá participar en todas las excursiones y actividades previstas en el programa, salvo indicación médica en contrario o directa decisión de los coordinadores.
- 3) El alumno deberá cumplir con los horarios estipulados de comida, salida en las excursiones, etc.
- 4) No se permitirán salidas fuera del camping, complejo u hotel exceptuando aquellas que cuenten con la directa supervisión de los coordinadores.
- 5) El alumno será responsable de los eventuales daños materiales que causare durante el transcurso del programa, en el bus, las instalaciones, etc.
- 6) El alumno deberá completar obligatoriamente la ficha médica y poseer todas las dosis actualizadas del Plan Nacional de Vacunación Obligatorio. En caso de presentar (o haber presentado recientemente) alguna afección deberá adjuntar un alta médico.
- 7) Los organizadores se reservan el derecho de modificar las excursiones y actividades programadas por causa de fuerza mayor o en caso de que pudiera verse afectada la seguridad de los pasajeros. Las excursiones que no pudieran realizarse por los motivos expuestos, serán reemplazadas por otras de semejante valor y contenido.
- 8) Los organizadores se reservan el derecho de limitar la participación a las excursiones o actividades, o llegado el caso, de que abandone el tour el alumno que por motivos de conducta, estado de salud, etc., interfiera con el normal desarrollo del programa previsto, en este caso el alumno regresaría con un adulto acompañante.
- 9) El consumo de alcohol y/o drogas prohibidas, así como cualquier causal de indisciplina será pasible de suspensión de actividades para el alumno y medidas disciplinarias entre las que se encuentran el retorno a Buenos Aires (siempre acompañado por un adulto responsable, salvo autorización por escrito en contrario de los padres) además de las sanciones correspondientes que la escuela disponga. El costo que genera dicho traslado estará a cargo de la familia.
- 10) Durante la totalidad del viaje, será de aplicación el Reglamento de Convivencia que rige en la escuela.
- 11) Los coordinadores, profesores y personal del colegio que participan en el programa no tendrán responsabilidad de ningún tipo sobre cualquier accidente o contingencia que pueda surgir a raíz del incumplimiento por parte del alumno de las cláusulas precedentes.
- 12) El equipaje personal del alumno queda bajo su cuidado y responsabilidad, sin que el Colegio o los coordinadores sean responsables por pérdida o daños que pudiera sufrir. Cualquier incidente que pudiese suceder con el equipaje en el ómnibus o en el hotel, responderán los seguros que ellos poseen si les fuere imputable.

FIRMA RESPONSABLE A CARGO

ACLARACIÓN Y TIPO Y N° DE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ALUMNO

ACLARACIÓN Y TIPO Y N° DE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_

**FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS**

**F-COME-05-01-FICHA MEDICA**

**COLEGIO:** \_\_\_\_\_ **AÑO:** \_\_\_\_\_ **DIVISIÓN:** \_\_\_\_\_ **TURNO:** \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES:**

Nombre Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ En  
caso de emergencia avisar a: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES ALÉRGICOS:**

Grupo Sanguíneo: Grupo \_\_\_\_\_ Factor \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_ Penicilina: \_\_\_\_\_  
Comidas: \_\_\_\_\_ Alérgico: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES:**

Padece o padeció: (marque con **X** lo que corresponda)

Rubéola: \_\_\_\_\_, Anginas: \_\_\_\_\_, Sarampión: \_\_\_\_\_, Bronquitis: \_\_\_\_\_, Otitis: \_\_\_\_\_, Inf. Urinarias: \_\_\_\_\_, Varicela: \_\_\_\_\_  
Poliomilitis: \_\_\_\_\_, Diabetes: \_\_\_\_\_, Convulsiones: \_\_\_\_\_, Hepatitis: \_\_\_\_\_, Otras: \_\_\_\_\_

**TENDENCIA A:**

Resfríos \_\_\_\_\_ Hemorragias \_\_\_\_\_ Conjuntivitis \_\_\_\_\_ Jaquecas \_\_\_\_\_ Diarreas \_\_\_\_\_ Afec. Hepáticas \_\_\_\_\_  
Enuresis \_\_\_\_\_ Afec. al oído \_\_\_\_\_ Constipación \_\_\_\_\_ Desmayos \_\_\_\_\_ Vómitos \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:** (diagnóstico y fecha). \_\_\_\_\_

**VACUNACIÓN:** marque con **X**. Antitetánica \_\_\_\_ fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Antisarampionosa \_\_\_\_ fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SI ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA AFECCIÓN, MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:**

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS \_\_\_\_\_ DO

SIS \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO**

**LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA SON DE CARÁCTER CONFIDENCIAL.**

La presente ficha tiene carácter de declaración jurada, dándose por ciertos los datos consignados. Por la presente, en mi carácter de padre, madre, tutor o encargado autorizo a los facultativos que deban atender a mi hijo, a que realicen prácticas médicas y / o intervenciones quirúrgicas aconsejables para el tratamiento de un accidente o enfermedad.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre, madre o tutor.**

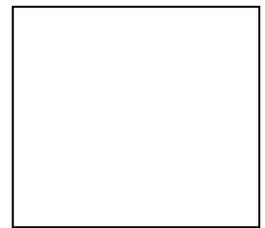
\_\_\_\_\_  
**D.N.I**

\_\_\_\_\_  
**ACLARACIÓN**



Escuela Superior de Comercio  
"Carlos Pellegrini"

**FICHA ANTECEDENTES DE SALUD**  
**Escuela Superior de Comercio**  
**"CARLOS PELLEGRINI"**



Apellido y Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad Actual: \_\_\_\_ años DNI N° \_\_\_\_\_

Médico Pediatra/de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_ Número Afiliado: \_\_\_\_\_

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. Lugar: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

2. Lugar: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia comunicarse con:

Apellido/nombre: \_\_\_\_\_ vínculo: \_\_\_\_\_ Tel. de contacto: \_\_\_\_\_

Apellido/nombre: \_\_\_\_\_ vínculo: \_\_\_\_\_ Tel. de contacto: \_\_\_\_\_

Información General:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg. Estatura: \_\_\_\_\_ cm.

Vacunación completa (incluye HPV)

SI

NO

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

Anomalías Congénitas	SI	NO	Alteraciones en el Aparato Cardiovascular		
			SI	NO	
Detallar:			Cardiopatías Congénitas o Infecciosas	SI	NO
Otras anomalías que se debieran considerar:	SI	NO	Arritmias o soplos	SI	NO
Detallar:			Circulatoria	SI	NO
Alteraciones Neurológicas	SI	NO	Hipertensión Arterial	SI	NO
Detallar:			Hipercolesterolemia	SI	NO
Alteraciones Emocionales	SI	NO	Hemofilia	SI	NO
Detallar:			Otras situaciones a considerar, detallar:	SI	NO

<b>Alteraciones en el Aparato Respiratorio</b>			<b>Alteraciones en la Estructura Abdominal</b>		
<b>Anomalías Respiratorias</b>	SI	NO	<b>Hernias</b>	SI	NO
<b>Sinusitis</b>	SI	NO	<b>Cirugías</b>	SI	NO
<b>Anginas</b>	SI	NO	<b>Úlcera Gastroduodenal</b>	SI	NO
<b>Asma Bronquial</b>	SI	NO			
<b>Otras situaciones a considerar, detallar:</b>			<b>Otras situaciones a considerar, detallar:</b>		

<b>Alteraciones en la Nutrición</b>			<b>Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular</b>		
<b>Obesidad</b>	SI	NO	<b>Fracturas</b>	SI	NO
<b>Alteraciones Digestivas</b>	SI	NO	<b>Luxaciones</b>	SI	NO
<b>Celiaquía</b>	SI	NO	<b>Esguinces</b>	SI	NO
			<b>Lesiones Ligamentosas</b>	SI	NO
			<b>Lesiones Musculares o Tendinosas</b>	SI	NO
			<b>Correcta organización Columna vertebral</b>	SI	NO
<b>Otras situaciones a considerar, Detallar:</b>			<b>Otras situaciones a considerar, Detallar:</b>		

<b>Ha padecido o padece en la actualidad</b>					
<b>Convulsiones</b>	SI	NO	<b>Sarampión</b>	SI	NO
<b>Desmayos</b>	SI	NO	<b>Hepatitis</b>	SI	NO
<b>Hemorragias</b>	SI	NO	<b>Mononucleosis Inf.</b>	SI	NO
<b>Procesos Infecciosos</b>	SI	NO	<b>Parotiditis</b>	SI	NO
<b>Diabetes</b>	SI	NO	<b>Tuberculosis</b>	SI	NO
<b>Dengue</b>	SI	NO	<b>Vértigos/mareos</b>	SI	NO
			<b>Otras situaciones a considerar, Detallar:</b>		

Alergias

Especificar y fechas: \_\_\_\_\_

- **Agudeza visual. ¿Usa lentes?**



- **Evaluación auditiva. Normal**



**Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:**

<b>Cefaleas</b>	SI	NO	<b>Dolor en el Pecho</b>	SI	NO
<b>Mareos</b>	SI	NO	<b>Dificultad para respirar</b>	SI	NO
<b>Vómitos</b>	SI	NO	<b>Pérdida de conciencia</b>	SI	NO
<b>Cansancio extremo</b>	SI	NO	<b>Otros síntomas, detallar:</b>		

¿Toma alguna medicación en forma regular?

Motivo \_\_\_\_\_

- **Descripción:** \_\_\_\_\_
- **Fecha estimada inicio del tratamiento:** \_\_\_\_\_
- **Dosis:** \_\_\_\_\_
- **Administración:** \_\_\_\_\_

¿Ha sido internado alguna vez?

SI

NO

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Por qué?: \_\_\_\_\_

¿Fue Operado en algún momento?

SI

NO

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿De Que? \_\_\_\_\_

¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?

Especificar: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo/a son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades de la Institución, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma de Padre: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ D.N.I. N°: \_\_\_\_\_

Firma de la Madre: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ D.N.I. N°: \_\_\_\_\_

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

(para ser firmado por un profesional de la salud)

Ciudad de Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Certifico que \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar en actividades escolares, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma: \_\_\_\_\_

Sello y Matrícula: