



FICHA MÉDICA INDIVIDUAL DEL ALUMNO/A

Apellido y Nombres:.....

Sala/Grado/Año:..... Fecha de Nacimiento:/...../..... D.N.I.:.....

Domicilio: CP:.....

Cobertura médica:..... Plan:..... N° Afiliado:.....

Centros médicos en los que prefiere ser atendido/a en caso de necesidad:

Lugar:..... Dirección:..... Teléfono:.....

Lugar:..... Dirección:..... Teléfono:.....

En caso de emergencia comunicarse con:

Apellido y Nombres: Vínculo:..... Teléfono:.....

Apellido y Nombres: Vínculo:..... Teléfono:.....

INFORMACIÓN GENERAL

Peso.....kg Estatura.....cm Grupo Sanguíneo..... Factor RH.....

Vacunación completa SI NO

Ha padecido o padece	SI	NO	Ha padecido o padece	SI	NO
Hepatitis			Cardiopatías congénitas o infecciosas		
Convulsiones			Hipertensión arterial		
Alteraciones en la piel			Anomalías respiratorias		
Procesos inflamatorios			Asma bronquial		
Procesos infecciosos			Sinusitis		
Diabetes			Anginas		
Dengue			Hernias		
Fiebre reumática			Obesidad		
Mal de Chagas			Celiaquía		
Parotiditis			Fracturas/ Esguinces		
Tuberculosis			Sonambulismo		
Vértigos/ Mareos			Alergias		
Arritmias o soplos					

¿Presenta una correcta alineación corporal (postura)? En caso de no ser así especifique (lordosis, escoliosis, sifosis, etc.)

Detallar:.....

¿Realiza tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO Desde (fecha).....

¿Padece o ha padecido en el último año alguna enfermedad? SÍ NO

Detallar:.....

¿Ha sido internado o sufrido lesiones de consideración en el último año? SÍ NO

Detallar:.....

¿En el último año, ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO

Detallar:.....

¿Toma alguna medicación? SI NO Motivo- Descripción-Fecha estimada de inicio del tratamiento- Dosis- Administración

.....

.....

¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO Detallar:

¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO Detallar:.....

.....

¿Debe cumplir alguna dieta especial? SI NO

Detallar:.....

.....

En caso de alergia especificar, ¿a qué?

.....

¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno/a que corresponda notificar?

Especificar:.....

.....

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

Autorizamos al Servicio de Emergencias contratado por el Colegio a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Colegio, 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 varían algunos de los datos consignados en esta ficha.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Aclaración

N° D.N.I.

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA.

Certifico que.....

D.N.I..... de..... años de edad, habiendo sido examinado/a clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extracurriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma del Médico

Sello/ Aclaración

Fecha