

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

(A LLENAR POR LOS PADRES)

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO	D					
EDAD:		DNI N°				
DIRECCIÓN		TEL				
OBRA SOCIAL	N° DE AFILIADO					
GRUPO SANGUÍNEO:	. FACTOR:					
PESO DEL ALUMNO:		ESTATURA:				
Apellido y Nombre del Padre:						
Apellido y Nombre de la Madre:						
Teléfono en caso de emergencia:						
ANTECEDENTES DE LA INFANCIA: (Encerrar con un círculo la respuesta))					
¿Nacido de parto normal? Si contesta NO comente brevemente	·					
¿Tuvo alguna internación?		SI	NO			
¿Por qué causa?						
¿Tuvo algún accidente de importancia? SI NO						
¿Cuál?						
VACUNACIÓN: (Encerrar con un círculo la respuesta))					
B.C.G. TRIPLE/CUADRUPLE/QUINTUPLE TRIPLE VIRAL ANTI HEPATITIS A ANTI HEPATITIS B OTRAS (¿Cuáles?)	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO		ANTIVARICELOSA ANTINEUMOCÓCICA ANTIMENINGOCOCCIA REFUERZO ANTITETÁNICA Fecha			

(Encerrar con un círculo la respuesta)							
SARAMPIÓN SI NO VARICELA SI NO RUBÉOLA SI NO HEPATITIS SI NO PAPERAS SI NO TOS CONVULSA SI NO CARDIOPATÍAS SI NO			ASMA CELIAQUIA DIABETES ESCOLIOSIS EPILEPSIA PRESIÓN ALTA PRESIÓN BAJA	SI NO SI NO SI NO			
OTRAS (cuáles)							
TRAUMATISMO DE CRANEO DISRITMIAS FRACTURAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS Cual/es	SI SI SI						
LESIONES DEPORTIVAS Cual/es							
ALERGIA: (Encerrar con un círculo la respuesta CORRECTA Y EN CASO DE CONTESTAR SI, INDIQUE ¿A QUÉ ES ALÉRGICO?) ALIMENTOS SI NO							
Cual/es							
MEDICAMENTOS Cual/es			SI NO				
PICADURA DE INSECTOS			SI NO				
Cuál/es OTRAS			SI NO				
Cuál/es							
CON PÉRDIDA DEL CONOCIMIEN			SI NO				
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD EN LA ACTUALIDAD?							
¿Cuál?:							
ESTÁ MEDICADO		SI NO					
Medicamento/s							
Dosis							
Horario							
Firma del Padre	 Acla	ración de firr	 ma	 Documento Tipo N°			
Firma de la Madre		 ración de firn	 na	 Documento Tipo N°			

ENFERMEDADES:

IMPORTANTE: Les recordamos que para que el/la alumno/a pueda realizar actividades físicas o deportivas es obligatorio presentar un <u>certificado de aptitud física</u> extendido por el médico particular <u>hasta el VIERNES 8 DE MARZO DE 2019</u>. Vencido este plazo, el alumno no podrá participar de las clases de Ed. Física.

<u>1° y 2° GRADO SOLAMENTE</u>: Por indicación de Supervisión los alumnos de 1º y 2º grado deberán tener en su legajo el certificado de agudeza visual expedido por el oftalmólogo particular. Por ello les recordamos que el mismo debe ser enviado <u>hasta el viernes 8 de marzo de 2019</u>.

En caso de que el alumno padeciera alguna de las afecciones mencionadas en la ficha, deberá presentar un certificado médico que así lo indique, explicitando si en virtud de la misma se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física.

Rogamos que al momento de completar la ficha médica sean explícitos y eviten omitir datos de importancia.