

CABA, 21 de febrero de 2022

Ficha Médica

Nombres y Apellidos del alumno/a:.....

Fecha de nacimiento:..... *Edad:*..... *DNI:*.....

Dirección:..... *T.E.:*.....

Obra Social:..... *N^a de afiliado:*.....

Datos de los Padres

Nombre y Apellido del Padre:.....

Nombre y Apellido de la Madre:.....

Teléfonos en caso de emergencia: 1):.....

2):.....

ANTECEDENTES DE LA INFANCIA

(Encerrar con un círculo la respuesta correcta)

¿Nacido de parto normal? SI NO

Si contesta NO, comente brevemente el problema:

.....
.....

VACUNACIONES

(Encerrar con un círculo la respuesta correcta)

B.C.G. SI NO Antimeningocócica SI NO

Doble SI NO Antisarampionosa SI NO

Triple SI NO Refuerzo antitetánica SI NO

Fecha:.....

Otras SI NO ¿cuáles?:.....

ENFERMEDADES

Sarampión SI NO Varicela SI NO

Escarlatina SI NO Tos convulsa SI NO

Diabetes SI NO Hepatitis SI NO

Rubéola SI NO Asma SI NO

Paperas SI NO ¿otra? ¿cuál?

¿Tipo de medicación que esta utilizando?:.....

Traumatismo de cráneo SI NO Fracturas SI NO

Epilepsia SI NO Disritmias SI NO

Intervenciones quirúrgicas SI NO

¿cual/es?:.....

Lesiones deportivas SI NO

¿Cuál/es?:.....

ALERGIAS

(Encerrar con un círculo la respuesta correcta y en caso de contestar SI indique ¿a que es alérgico)

Alimentos *SI* *NO*

¿Cuál/es?.....

Medicamentos *SI* *NO*

¿Cuál/es?.....

Picaduras de insectos *SI* *NO*

¿Cuál/es?.....

Otras *SI* *NO*

¿Cuál/es?.....

Con pérdida de conocimiento *SI* *NO*

¿Padece alguna enfermedad en la actualidad? SI NO

¿Cuál/es?.....

¿Está medicado? SI NO

Medicamento:.....

Dosis:.....

Horarios:.....

.....
Firma de la madre o tutor

.....
Firma del padre o tutor

.....
Aclaración de firma

.....
Aclaración de firma

.....
Tipo y Número de documento

.....
Tipo y Número de documento

.....
Firma del Médico Pediatra

.....
Aclaración de firma
Nº de Matrícula