



FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A
(COMPLETAR POR LOS PADRES)

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO.....

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 correspondiente)

¿Nacido de parto normal? SI NO

Si contesta NO comente brevemente el problema:.....

¿Tuvo alguna internación? SI NO

¿Por qué causa?
.....

¿Tuvo algún accidente de importancia? SI NO

¿Cuál?.....

VACUNACIÓN:

(Encerrar con un círculo la respuesta correspondiente)

B.C.G.	SI NO	ANTIVARICELOSA	SI NO
TRIPLE/CUADRUPLE/QUINTUPLE	SI NO	ANTINEUMOCÓCICA	SI NO
TRIPLE VIRAL	SI NO	ANTIMENINGOCOCCIA	SI NO
ANTI HEPATITIS A	SI NO	REFUERZO ANTITETÁNICA	SI NO
ANTI HEPATITIS B	SI NO	Fecha.....	

OTRAS SI NO
(¿Cuáles?).....

ENFERMEDADES:

(Encerrar con un círculo la respuesta correspondiente)

SARAMPIÓN	SI NO	ASMA	SI NO
VARICELA	SI NO	CELIAQUIA	SI NO
RUBÉOLA	SI NO	DIABETES	SI NO
HEPATITIS	SI NO	ESCOLIOSIS	SI NO
PAPERAS	SI NO	EPILEPSIA	SI NO
TOS CONVULSA	SI NO	PRESIÓN ALTA	SI NO
CARDIOPATÍAS	SI NO	PRESIÓN BAJA	SI NO

OTRAS (cuáles).....

TRAUMATISMO DE CRANEO	SI NO
DISRITMIAS	SI NO
FRACTURAS	SI NO
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	SI NO

Cual/es.....

LESIONES DEPORTIVAS	SI NO
---------------------	-------

Cual/es.....

ALERGIA:

(Encerrar con un círculo la respuesta correspondiente Y EN CASO DE CONTESTAR SI, INDIQUE ¿A QUÉ ES ALÉRGICO?)

ALIMENTOS	SI NO
-----------	-------

Cual/es.....

MEDICAMENTOS	SI NO
--------------	-------

Cual/es.....

PICADURA DE INSECTOS	SI NO
----------------------	-------

Cuál/es.....

OTRAS	SI NO
-------	-------

Cuál/es.....

CON PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO	SI NO
------------------------------	-------

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD EN LA ACTUALIDAD?

¿Cuál?:.....

ESTÁ MEDICADO	SI NO
----------------------	--------------

Medicamento/s.....

Dosis.....

Horario.....

TIPO DE ALIMENTACIÓN

(Encerrar con un círculo la respuesta correspondiente)

Celiaquía.....	SI NO
----------------	-------

Diabetes.....	SI NO
---------------	-------

Intolerancia a la lactosa.....	SI NO
--------------------------------	-------

Otros.....

.....
Firma del Padre **Aclaración de firma** **Documento Tipo N°**

.....
Firma de la Madre **Aclaración de firma** **Documento Tipo N°**

IMPORTANTE: Les recordamos que para que el/la alumno/a pueda realizar actividades físicas o deportivas es obligatorio presentar un certificado de aptitud física extendido por el médico particular hasta el VIERNES 1º DE MARZO DE 2024. Vencido este plazo, el alumno/a no podrá participar de las clases de Ed. Física.

1º y 2º GRADO SOLAMENTE: 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 deber ser enviado hasta EL VIERNES 1º DE MARZO.

En caso de que el alumno/a 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 sea explícito y evite omitir datos de importancia. Si durante el año se produjera algún cambio respecto de lo informado les recordamos que deberán pasar por secretaría a fin de actualizar la presente documentación.

