# COLEGIO SAGRADA FAMILIA (A-392)

Bucarelli 2259 (1431) Capital Federal

Tel. 4521-5117/7845 4522-9071

# [secretariainicial@safabaires.edu.ar](mailto:secretariainicial@safabaires.edu.ar) / www.safabaires.edu.ar

CABA, 26 de febrero de 2024

**Ficha Médica**

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

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

*Dirección:......................................................................T.E.:.......................................Obra Social:........................................... Nª 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/padre o tutor Firma del madre/ 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