

# FICHA MÉDICA 2024



Colegio  
Los Alamos

**ADJUNTAR EXAMEN OFTALMOLÓGICO, BUCODENTAL Y AUDIOMETRÍA.**

**ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE SE COMPLETEN LOS SIGUIENTES DATOS:**

**APELLIDO Y NOMBRE**

**DOCUMENTO**

**FECHA DE NACIMIENTO**

**EDAD**

**SEXO**

**DOMICILIO**

**LOCALIDAD**

**TEL.**

**CEL. MADRE**

**CEL. PADRE**

**MAIL**

**GRUPO SANGUÍNEO**

**FACTOR RH**

<b>1. ENFERMEDADES QUE PADECE O QUE PADECIÓ</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Asma		
Sinusitis		
Bronquitis		
Otitis		
Tos convulsiva		
Resfríos		
Diabetes		
Reumatismo		
Meningitis		
Cardiopatías congénitas		
Cardiopatías infecciosas		
Problemas neurológicos		
Epilepsia		
Hernias inguinales		
Celíaco		
Alergias a: * Comidas		
* Medicamentos		
* Antibióticos		

**Otros:**



<b>1. ENFERMEDADES QUE PADECE O QUE PADECIÓ</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Esguinces o luxaciones de tobillo, hombre o muñeca (60 días)		
Varicela		
Rubéola		
Escarlatina		
<b>2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b>		
¿Cuáles? ..... .....		
Traumatismos/fracturas		
Problemas de coagulación		
<b>3. VACUNAS</b>		
¿Tiene las vacunas reglamentarias aplicadas?		
¿Están actualizadas?		
<b>4. MEDICAMENTOS</b>		
¿Toma medicamentos en forma permanente? ¿Cuáles?..... .....		
<b>5. OBSERVACIONES MÉDICAS</b>		

Alguna otra situación particular determinada por el profesional médico. ¿Cuál?

.....  
.....





## 6. COBERTURA MÉDICA

¿Qué cobertura médica posee?

.....

Nº de afiliado:.....

Nombre del Médico:.....TE:.....

## 7. EMERGENCIAS

En caso de urgencia avisar a :

Familia:.....TE:.....

Familia:.....TE:.....

En caso de no poder comunicarse con las familias autorizadas y ante una emergencia autorizo al colegio el traslado de mi hijo/a sugiriendo el siguiente centro de salud. Esto quedará supeditado a las reglamentaciones del servicio de emergencias, la cercanía del mismo y la gravedad del hecho:.....

**NOTA: Es responsabilidad de los padres informar a Secretaría del Colegio de inmediato de producirse algún cambio después de brindada esta información.  
Se informa además que SIN APTO FÍSICO, el alumno NO podrá ser calificado.**

**El mismo deberá ser presentado el PRIMER DÍA DE CLASES DEL AÑO LECTIVO 2024 SIN EXCEPCIÓN.**

**Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA y se ajustan a la realidad.  
Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.**

**FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:** \_\_\_\_\_

**ACLARACIÓN** \_\_\_\_\_





## APTO FÍSICO

Buenos Aires, ..... de ..... de 20.....

Certifico haber examinado a .....

DNI.....

quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica,  
actividades gimnásticas, deportivas y de convivencia acordes a su edad.

Hago constar que el calendario de vacunación está Completo...../Incompleto.....

Adjuntar examen oftalmológico, bucodental y audiometría.

A los ..... días del mes de ..... de 20.....

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Los Álamos.

**FIRMA DEL PROFESIONAL**

**SELLO ACLARATORIO Y N° DE MATRICULA**

