FICHA MÉDICA



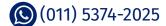
ADJUNTAR EXAMEN OFTALMOLÓGICO, BUCODENTAL Y AUDIOMETRÍA.

ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE SE COMPLETEN LOS SIGUIENTES DATOS:

APELLIDO Y NOMBRE		
DOCUMENTO		
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEX0
DOMICILIO		
LOCALIDAD		TEL.
CEL. MADRE	CEL. PADRE	
MAIL		
GRUPO SANGUÍNEO	FACTOR RH	

1. ENFERMEDADES QUE PADECE O QUE PADECIÓ	SI	NO
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		

0)tr	0	S	:





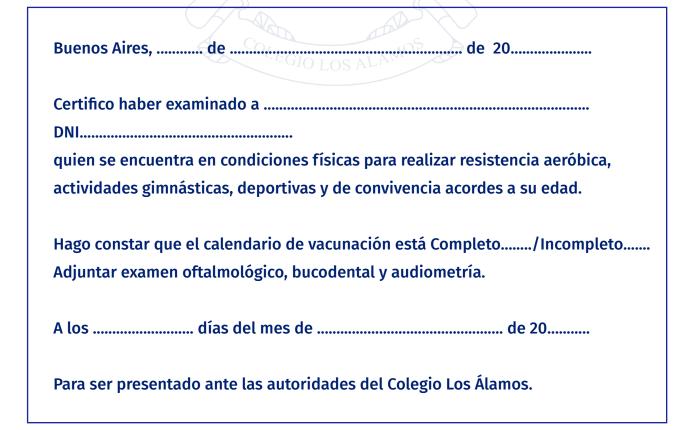


Hepatitis (60 días) Sarampión (30 días) Parotiditis (30 días) Mononucleosis infecciosa (30 días) Esguinces o luxaciones de tobillo, hombre o muñeca (60 días) Varicela Rubéola Escarlatina 2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ¿Cuáles? Traumatismos/fracturas Problemas de coagulación	
Parotiditis (30 días) Mononucleosis infecciosa (30 días) Esguinces o luxaciones de tobillo, hombre o muñeca (60 días) Varicela Rubéola Escarlatina 2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ¿Cuáles? Traumatismos/fracturas	
Mononucleosis infecciosa (30 días) Esguinces o luxaciones de tobillo, hombre o muñeca (60 días) Varicela Rubéola Escarlatina 2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ¿Cuáles? Traumatismos/fracturas	
Esguinces o luxaciones de tobillo, hombre o muñeca (60 días) Varicela Rubéola Escarlatina 2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ¿Cuáles? Traumatismos/fracturas	
Varicela Rubéola Escarlatina 2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ¿Cuáles? Traumatismos/fracturas	
Rubéola Escarlatina 2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ¿Cuáles? Traumatismos/fracturas	
Escarlatina 2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ¿Cuáles? Traumatismos/fracturas	
2. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ¿Cuáles?	
¿Cuáles? Traumatismos/fracturas	
Traumatismos/fracturas	
Problemas de coagulación	
3. VACUNAS	
¿Tiene las vacunas reglamentarias aplicadas?	
¿Están actualizadas?	
4. MEDICAMENTOS	
¿Toma medicamentos en forma permanente?	
¿Cuáles?	
5. OBSERVACIONES MÉDICAS	
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
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:





FIRMA DEL PROFESIONAL

SELLO ACLARATORIO Y Nº DE MATRICULA

