

FICHA MÉDICA



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

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

Otros:



1. ENFERMEDADES QUE PADECE O QUE PADECIÓ	SI	NO
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		
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: _____



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



Colegio Los Álamos

Primer colegio protector ambiental de Escobar

Sargento Cabral 208 | CP 1623 | Ingeniero Maschwitz
Partido de Escobar | www.colegiolosalamos.com.ar

Whatsapp: +54 9 11 5374-2025 - Instagram: @losalamoscolegio