



## FICHA MÉDICA 20..

Adjuntar examen oftalmológico, bucodental y audiometría.

**APELLIDO Y NOMBRE:**.....

**DOCUMENTO:** .....

**FECHA DE NACIMIENTO:**.....**EDAD:**.....**SEXO:**.....

**DOMICILIO:**.....**TE:**.....

**CEL MADRE**.....**CEL PADRE**.....

**MAIL:** .....

**GRUPO SANGUÍNEO:**.....**FACTOR: Rh:**.....

**ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE SE COMPLETEN TODOS LOS DATOS**

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

<b>1.-ENFERMEDADES QUE PADECE O 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 o ANTECEDENTES FAMILIARES</b>		
Alguna otra situación particular determinada por el profesional médico. ¿Cuál? ..... ..... .....		
<b>6.-COBERTURA MÉDICA</b>		
¿Qué cobertura médica posee? ..... Nº de afiliado:..... Nombre del Médico:..... TE:.....		
<b>7.- PARA EMERGENCIAS</b>		
En caso de urgencia avisar a : Familia:..... TE:..... Familia:..... TE:..... En caso de no poder comunicarse con las familias autorizadas y ante una emergencia <b>autorizo al colegio</b> 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 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 20.... 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 Alamos .....

.....

Firma del Profesional

.....

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula