



FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A

(ROGAMOS COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE Y DEVOLVER A LA BREVEDAD)

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI _____ EDAD _____ CURSO _____

DOMICILIO _____

MÉDICO/A PEDIATRA DE LA FAMILIA _____ CONTACTO _____

OBRA SOCIAL/PREPAGA _____ N° DE AFILIADO _____

CENTROS MÉDICOS EN LOS QUE PREFIERE SER ATENDIDO/A EN CASO DE NECESIDAD		
Nombre	Dirección	Teléfono

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:		
Apellidos y Nombres	Vínculo	Teléfono

INFORMACIÓN GENERAL

GRUPO SANGUÍNEO _____ FACTOR _____ Peso _____ Kg Estatura _____ cm

VACUNACIÓN COMPLETA (Incluye HPV) SI NO

SE ENCUENTRA PADECIENDO:	DETALLAR	SI	NO
Anomalías congénitas			
Otras anomalías que se debieran considerar			
Alteraciones neurológicas			
Alteraciones emocionales			
ALTERACIONES DEL APARATO CARDIOVASCULAR			
Cardiopatías congénitas o infecciosas			
Arritmias o soplos			
Circulatoria			
Hipertensión arterial			
Hipercolesterolemia			
Hemofílica			
Otras situaciones a considerar			
ALTERACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO			
Anomalías respiratorias			
Sinusitis			
Anginas			
Asma bronquial			
Otras situaciones a considerar			
ALTERACIONES DE LA ESTRUCTURA ABDOMINAL			
Hernias			
Cirugías			
Úlcera gastroduodenal			
Otras situaciones a considerar			
ALTERACIONES EN LA NUTRICIÓN			
Obesidad			
Anorexia-Bulimia			
Alteraciones digestivas			
Celiaquía			



Otras situaciones a considerar			
ALTERACIONES EN LA EST. MUSCULAR Y OSTEARTICULAR			
Fracturas			
Luxaciones			
Esguinces			
Lesiones ligamentosas			
Lesiones musculares o tendinosas			
Correcta organización de la columna vertebral			
Otras situaciones a considerar			
HA PADECIDO O PADECE EN LA ACTUALIDAD			
Convulsiones			
Alteraciones en la piel			
Procesos inflamatorios			
Procesos infecciosos			
Diabetes			
Dengue			
Fiebre reumática			
Hepatitis			
Mal de Chagas			
Parotiditis			
Tuberculosis			
Vértigo/Mareos			
Otras situaciones a considerar			
DURANTE O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CLASE DE E. FÍSICA HA PADECIDO:			
Cefaleas			
Mareos			
Vómitos			
Cansancio extremo			
Dolor en el pecho			
Dificultad para respirar			
Pérdida de conciencia			
Otros síntomas, detallar:			
OTROS			
¿TOMA ALGUNA MEDICACION DE FORMA REGULAR?	(motivo-descripción-fecha de inicio-dosis-administración)		
¿HA ESTADO INTERNADO/A ALGUNA VEZ? ¿Cuándo y porqué?			
¿FUE OPERADO/A EN ALGÚN MOMENTO? ¿Cuándo y porqué?			
¿REALIZA TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSICOPEDAGÓGICO?			
¿REALIZA TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO?			
ALERGIAS (especificar y fechar)			
AGUDEZA VISUAL ¿USA LENTES?			
EVALUACIÓN AUDITIVA NORMAL			

OBSERVACIONES

Dejamos constancia de que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento.

Buenos Aires, del mes de de 20

Firma aclaración y DNI de adulto responsable

Firma aclaración y DNI de adulto responsable

Firma del/la profesional

Sello Aclaratorio y N° de mat.