



DNI N°:

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDO:FECHA DE NACIMIENTO:
SEXO: M - F EDAD:..... GRUPO SANGUÍNEO: A - B - 0 FACTOR RH: + -
OBRA SOCIAL: N° AFILIADO:
Nombre y Apellido madre:Tel. Celular:
Nombre y Apellido padre:Tel. Celular:

INFORMACIÓN DEL ALUMNO SUMINISTRADA POR LOS PADRES

Padece/ció: marcar las que correspondan

Sarampión – Escarlatina – Rubéola – Varicela – Mononucleosis – Paperas – Fiebre reumática – Hepatitis –
Diabetes – Migrañas – Asma – Epilepsia – Convulsiones – Hipertensión arterial – Fracturas:.....
– Cardiopatías:..... Otros:.....

Fue internado alguna vez? Si..... No..... Por que?.....

Tiene algún tipo de alergia? Si..... No..... A qué?.....

Describe sus manifestaciones.....

Recibe tratamiento permanente? Si..... No.....Cuál?

Fue intervenido quirúrgicamente alguna vez? Si..... No..... De que?

Presenta alguna patología que le produzca alguna limitación física? Si.....No.....Cuál?

Recibe alguna medicación en forma habitual? Si..... No.....Cuál?

Calendario de vacunación al día? Si... No... ANTITETÁNICA? Si..... No..... FECHA:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Marque si presenta antecedentes familiares de alguna de las siguientes patologías:

Diabetes.... Hipertensión Arterial.... Asma Bronquial.... Bronquitis Crónica... Patologías

Cardíacas....Convulsiones..... Otras.....

EN CASO DE TOMAR CONOCIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD QUE ALTERE EL ESTADO DE SALUD DEL ALUMNO MENCIONADO EN ESTA FICHA SE DEBERÁ INFORMAR A LA INSTITUCIÓN A LA MAYOR BREVEDAD.

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EL COLEGIO DEBERÁ:

Derivar a:Institución:

Dirección de la Clínica:

AVISAR A: (por orden de prioridad)

Nombre y Apellido:Tel:

Nombre y Apellido:Tel:

Nombre y Apellido:Tel:

CERTIFICADO DE APTO FÍSICO MÉDICO

Por medio de la presente dejo constancia que la/el alumna/o mencionado, al examen clínico realizado, está apto para realizar actividad física y deportiva escolar acorde a su edad y sexo.

.....
Fecha

.....
Firma y Sello del Profesional Médico

EL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO TIENE VALIDEZ POR UN AÑO DESDE LA FECHA QUE CONSIGNA EL MÉDICO AL PIE.