

FICHA MÈDICA

DATOS DEL ALUMNO/A:

Apellido y nombre: _____

Nivel: _____ Curso: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Edad: Grupo Sanguíneo: A B 0 FACTOR RH + - Peso: Talla: _____

Domicilio: Tel. Part. _____ Madre/Padre Celular: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

NACIO DE PARTO NORMAL SI / NO

En caso de contestar NO detallar el problema

VACUNACIONES

B.C.G. SI / NO

TRIPLE SI / NO

ANTISARAMPIONOSA SI / NO

DOBLE SI / NO

REFUERZO ANTITETANICA SI / NO

OTROS: _____

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

SARAMPION SI / NO

VARICELA SI / NO

RUBEOLA SI / NO

ESCARLATINA SI / NO

COQUELUCHE (Tos convulsa) SI / NO

PAROTIDITIS (Paperas) SI / NO

Otras

DIABETES SI / NO

Tipo y medicación _____

HEPATITIS SI / NO

Tipo: _____

• CARDIOPATIAS:

Tipo: _____

MIGRAÑAS/CEFALEAS:

USA MEDICACION: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

ASMA O ENFERMEDADES ALERGICAS SI / NO

En caso de contestar SI detallar

DERMOPATIAS SI / NO

En caso de contestar SI detallar

TRAUMATISMOS DE CRANEO:

Con pérdida de conocimiento SI / NO

EPILEPSIA/CONVULSIONES:

En caso de contestar SI detallar

INTERVENCIONES QUIRURGICAS: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

LESIONES DEPORTIVAS: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

OFTALMOLOGIA:

NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

ODONTOLOGIA:

NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

FONOAUDIOLOGIA:

NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

EN CASO DE FIEBRE AUTORIZO: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

MEDICACION DE USO HABITUAL: SI / NO

En caso de contestar SI detallar

EN CASO DE EMERGENCIA:

OBRA SOCIAL/ PREPAGA:..... N° DE AFILIADO

EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS PADRES, SE AUTORIZA EL TRASLADO A:

.....
.....

EL QUE SUSCRIBE PADRE / MADRE/ TUTOR DEL ALUMNO/A

QUE CURSA, TOMA CONOCIMIENTO Y COMPLETA EL PRESENTE FORMULARIO
CON CARÁCTER DE DECLARACION JURADA Y AUTORIZA PARA QUE SU HIJO/A REALICE
ACTIVIDAD FISICA DE ACUERDO CON SU EDAD Y SEXO CONFORME A LOS LINEAMIENTOS
CURRICURALES VIGENTES POR LA RESOLUCION N° 12956/97 DE LA DIRECCION GENERAL DE
CULTURA Y ESCUELAS Y LA LEY N° 14556/14 DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

CUANDO SOBREVENGA UNA DE LAS ENFERMEDADES MENCIONAS U OTRA EN PARTICULAR, ME
COMPROMETO A INFORMAR AL ESTABLECIMIENTO BAJO CERTIFICADO MEDICO LA
IMPOSIBILIDAD PARCIAL O TOTAL PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.

DATOS DEL PADRE, MADRE /TUTOR:

NOMBRE Y APELLIDO:DNI:

TEL:..... CEL:.....

NOMBRE Y APELLIDO:DNI:

TEL:..... CEL:

LUGAR Y FECHA:.....

FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACION: