

FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ESTUDIANTE

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los alumnos.

Apellido/s y Nombre/s del estudiante:

Curso:	División:		Ciclo Lectivo: 202	
DNI:	Edad:	Peso:	Altura:	
Obra Social:	Nº Afiliado:	Grupo Sanguíneo:	FC:	
Presión Arterial:	Tel. casa/celular de los padres:			

Teléfono de contacto en casos de urgencias:

Completar con una CRUZ SI PADECE o NO las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.

AFECCIONES	SÍ	NO	SI RESPONDIÓ SÍ, EXPLIQUE.
¿Medicación Permanente?			
Asma, crisis asmáticas			
Problemas Cardiovasculares (soplos, arritmias, cardiopatía congénita)			
Alguna dificultad respiratoria			
Dificultades Osteoarticulares:			
* Dolencia			
* Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
Traumatismos			
Ha presentado síncope			
Dificultades Neurológicas:			
* Ha presentado convulsiones			
* Trastornos del sueño: insomnio, terrores nocturnos, sonambulismo			
* Dificultad de la marcha			
* Padece epilepsia			
Dificultad de audición, hipertrofia de cornetes, sinusitis, otitis.			
Algún tipo de alergia/ afecciones alérgicas			
Trastornos alimentarios			

Diabetes			
Cirugías previas			
¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación?			
En caso de responder NO, indique las que faltan:			
Otras vacunas:			
Existe alguna actividad física en la cual su médico haya indicado que su hijo/a no debería participar?			
Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.			
EL ESTUDIANTE SE ENCUENTRA:	APTO		NO APTO
PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD.			
<p>Los abajo firmantes asumen la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas. Además, se comprometen a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha. En caso de contestar afirmativamente a alguno de los ítems deberán presentar con la Ficha el Certificado Médico en que se indique diagnóstico, en aquellos casos en que el estudiante "Sí" presenta algunas de las situaciones descritas en la ficha, con indicación expresa de las limitaciones del estudiante para actividades escolares En Modalidad Educación Especial es obligatorio que la ficha médica se complete por el Profesional Médico de cabecera del estudiante y suscriba con firma y sello la misma.</p>			
Fecha: / /	ACLARACIÓN DE FIRMA	FIRMA PROGENITOR O TUTOR LEGAL DEL ESTUDIANTE	
Apellido/s y Nombre/s del estudiante:			