



FICHA MÉDICA

Apellido y Nombres:
Tipo y Número de Documento:
Fecha de nacimiento: Edad: Sexo:
Domicilio:
Teléfono:
En caso de emergencia avisar a: Teléfono:
Grupo Sanguíneo: Factor RH:
Peso kg. Estatura cm.
Obra Social o Plan Médico:
Nº de Carnet o afiliación:

Enfermedades padecidas, que padece o a las que es propenso, a la fecha:

Sarampión: Asma:
Paperas: Bronquitis:
Tos convulsa: Resfríos:
Varicela: Afecciones al oído:
Escarlatina: Afecciones a los ojos:
Epilepsia: Mononucleosis:
Sinusitis: Hepatitis:
Meningitis: Desmayos:
Reumatismo: Trastornos de nutrición:
Cardiopatías: Otras:

Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular.

Fracturas Luxaciones
Lesiones Ligamentosas Lesiones Musculares
Otras situaciones a considerar, detallar:

Durante o inmediatamente después de la realización de Actividad Física ha padecido alguna vez:

Cefaleas..... Mareos..... Vómitos.....

Dolor de pecho..... Dificultad para respirar.....

Otros síntomas, detallar:.....

Intervenciones quirúrgicas

Apendicitis: Amigdalitis:

Hernia: Otras:

Es alérgico/a: Comidas: Medicamentos: Antibióticos:

Tiene problemas neurológicos:

Es celíaco:

Sufre de diabetes:

¿Tiene problemas de coagulación?

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál?:

¿Sigue algún tratamiento Médico? Indicarlo:

.....

¿Puede comer de todo?..... ¿Hay algún alimento contraindicado?.....

Traumatismos recientes.....

Calendario de vacunación completo.....

Vacuna antitetánica?.....

Señalar actividades que el alumno no deba realizar exclusivamente por prescripción médica.....

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo/a 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 Educativo.

Firma y aclaración de los padres

Certifico haber examinado a: DNI deaños de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizado los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Ed.Física, sean las misma, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Para ser presentado a las autoridades del Instituto del Inmaculado Corazón de María ADORATRICES, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los del mes de de 20-

Firma del Profesional:

Sello aclaratorio y Nº de matrícula: