

FICHA DE SALUD AÑO 2024



INSTITUTO PRIMO CAPRARO

Instituto Primo Capraro
A-047Incorporado a la Enseñanza Oficial
Consejo Provincial de Educación
Provincia de Río Negro

NIVEL

CURSO

INICIAL

PRIMARIO

SECUNDARIO

Estimado padre/ madre: La ficha debe ser COMPLETADA POR USTED en LETRA IMPRENTA LEGIBLE. ENTREGAR EL PRIMER DÍA DE CLASES. Muchas Gracias.

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDO:		DNI:	
NACIONALIDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
LUGAR DE NACIMIENTO			
DOMICILIO:	Nº		
DTO	PISO	KM	BARRIO
TELÉFONO	CELULAR		

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA EN BARILOCHE

1-NOMBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
PARENTESCO	
TELÉFONO EMERGENCIA	
2-NOMBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	
PARENTESCO	
TELÉFONO EMERGENCIA	
FIRMA DEL PADRE / MADRE O TUTOR	

INFORMACIÓN MÉDICA

Esta parte debe ser COMPLETADA POR EL MÉDICO en LETRA IMPRENTA LEGIBLE. Muchas Gracias.

OBRA SOCIAL O SEGURO MÉDICO:	Nº DE SOCIO
MÉDICO DE CABECERA:	

ANTECEDENTE O PATOLOGÍA al momento del examen (en caso afirmativo, detallar)

	SÍ	NO	DETALLE		SÍ	NO	DETALLE
ALERGIAS				NEUROLÓGICO			
DIGESTIVO				EPILEPSIA			
DERMATOLÓGICO				CONVULSIONES			
DIABETES				OSTEOARTICULAR			
TRAUMATOLÓGICO				DISM VISUAL			
RESPIRATORIO				DISM AUDITIVA			
CARDIOLÓGICO				INFECTOCONTAGIOSA			
PRESIÓN ARTERIAL				OTRAS ESPECIFICAR:			

ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ	VARICELA	SÍ	NO	SARAMPiÓN	SÍ	NO	RUBEOLA	SÍ	NO
---------------------------------	-----------------	----	----	------------------	----	----	----------------	----	----

MONONUCLEOSIS	SÍ	NO	¿OTRAS?
----------------------	----	----	---------

¿TOMA REGULARMENTE ALGÚN MEDICAMENTO?

¿CUÁL?	
¿MOTIVO?	

VACUNACIÓN según calendario Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación

Esquema completo al momento de la consulta	SÍ	Última vacuna aplicada:
	NO	Vacuna/s faltante/s:

¿Actualmente concurre a un espacio de tratamiento?	FONAUDIOLÓGÍA	SÍ	NO	TERAPIA OCUPACIONAL	SÍ	NO
PSICOPEDAGOGÍA	SÍ	NO	PSICOLOGÍA	SÍ	NO	¿OTRO?

OBSERVACIONES	
----------------------	--

Certifico que el alumno/a ha sido examinado clínicamente y no presentas impedimento alguno para realizar actividad física escolar, recreativa y/o deportiva acorde con su edad y sexo.

.....
Sello y Firma del Profesional médico

.....
Fecha