



NIVEL	CURSO
Inicial	
Primario	
Secundario	

Estimado padre/madre: La ficha debe ser completada por un médico en LETRA IMPRENTA LEGIBLE. Entregar el primer día de clases. Muchas Gracias.

APELLIDO Y NOMBRE/S del alumno/a		DNI	
NACIONALIDAD	LUGAR DE NAC.	FECHA NAC.	
DOMICILIO		Nº	
DPTO	PISO	KM	BARRIO

Estimado Profesional: La presente ficha médica será tenida en cuenta para la atención del alumno en casos de emergencia u otra necesidad. La información consignada debe ser clara, precisa y veraz, para que otros profesionales en carácter de emergencia puedan brindar una atención adecuado.

ANTECEDENTES o PATOLOGÍAS al momento del examen (en caso afirmativo, detallar)

	SÍ	NO	DETALLE		SÍ	NO	DETALLE
ALERGIA				RESPIRATORIO			
DIGESTIVO				CARDIOLÓGICO			
NUTRICIONAL				PSICOLÓGICO			
DERMATOLOGICO				INFECTOCONTAGIOSA			
TRAUMATOLÓGICO				DISMINUCIÓN VISUAL			
NEUROLÓGICO				HIPOACUSIA			

¿EL ALUMNO/A USA REGULARMENTE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN ESPECIAL?

¿CUÁL?									
MOTIVO									
ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ		Varicela			SI	NO	Sarampión	SI	NO
Rubéola	SI	NO	Mononucleosis	SI	NO	¿Otras?.....			

NOTA: En caso de ser necesario el traslado para atención médica primaria, el alumno será acompañado por personal de nuestra Institución.

VACUNACIÓN según el Calendario Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación

Esquema completo al momento de la consulta	SI.....	NO.....	Última vacuna aplicada
			Vacuna/s faltante/s

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

.....
Sello y Firma del Profesional médico

.....
Fecha

DATOS COMPLEMENTARIOS (a completar por los adultos responsables del menor)

	ADULTO RESPONSABLE	ADULTO RESPONSABLE
APELLIDO Y NOMBRE		
NACIONALIDAD / DNI		
TELÉFONO FIJO		
CELULAR		
E-MAIL (en la cual recibirán información digital)		
PROFESIÓN		
TELÉFONO LABORAL		
FIRMA		