

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO DEL ALUMNO:	
CURSO	FECHA / / 20.....

Datos del Alumno/a [coloque una "X" en lo que SI corresponde]

Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento / /	Tipo Documento	Número
Domicilio Calle		Número	
Código Postal	Localidad	Provincia	
Teléfono	Mail		

En caso de urgencia avisar a

(1) Apellidos y nombres	
Teléfono de línea	Teléfono celular
Mail	Relación con el alumno/a
(2) Apellidos y nombres	
Teléfono de línea	Teléfono celular
Mail	Relación con el alumno/a

Cobertura médica particular

Obra social o prepaga
Número de afiliado o socio
Teléfono urgencias
Apellido y nombre del médico de cabecera (si hubiere)
Teléfono de contacto del médico de cabecera (si hubiere)

Antecedentes médicos [coloque una "X" en lo que SI corresponde]

Enfermedades de la niñez:

- Varicela No Sí
- Sarampión No Sí
- Rubeola No Sí
- Otras No Sí - ¿cuál/es?

Vacuna antitetánica No Sí - Fecha de aplicación:

Otras enfermedades que haya padecido o que padezca actualmente:

- Cardiopatías No Sí - ¿cuál/es?
- Respiratorias No Sí - ¿cuál/es?
- Metabólicas No Sí - ¿cuál/es?
- Neurológicas No Sí - ¿cuál/es?
- Digestivas No Sí - ¿cuál/es?
- Hepatopatías No Sí - ¿cuál/es?
- Psicológicas No Sí - ¿cuál/es?
- Traumatológicas No Sí - ¿cuál/es?
- Procesos inflamatorios No Sí - ¿cuál/es?
- Fracturas o esguinces No Sí - ¿cuál/es?
- Infecto-contagiosas No Sí - ¿cuál/es?

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO DEL ALUMNO:	
CURSO	FECHA / / 20.....

Antecedentes médicos [coloque una "X" en lo que SI corresponde] - (cont.)

¿Posee alguna enfermedad crónica (alergia, diabetes, trastornos de sangre, etc.)?

No Sí - ¿cuál/es?

¿Es alérgico? No Sí - ¿a qué cosa es alérgico?

Medicamentos [coloque una "X" en lo que SI corresponde]

¿Está actualmente en tratamiento con algún medicamento? No Sí (*)

(*) En caso afirmativo, complete la siguiente información:

¿Por qué enfermedad lo toma?

¿Qué medicamento debe suministrarse (complete a continuación el nombre del/de los medicamento/s y la dosis)?

(1) Medicamento

Dosis

(2) Medicamento

Dosis

¿Toma medicamentos en otras situaciones (fiebre, dolores, etc.)? No Sí (*)

(*) En caso afirmativo, especifique cuál/les:

¿Hay algún medicamento que NO debe tomar? No Sí (*)

(*) En caso afirmativo, especifique cuál/les:

Alimentación

¿Tiene alguna restricción sobre alimentos que puede ingerir? No Sí - ¿cuál/es?

Ingrese aquí cualquier otra información que considere importante o necesaria para conocimiento de los profesionales:

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha médica de mi hijo/a
a los días del mes de del año 20....., autorizando por la presente (en caso de emergencia) a
actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

Señores Padres: La Dirección General de Cultura y Educación establece que **todos los alumnos deben participar de las clases de Educación Física** y, aquellos alumnos que **por problemas de salud no puedan hacerlo, deberán presentar certificado médico**. Si en el transcurso del año hay algún cambio en el estado físico que no este especificado en la ficha de salud, **los padres son responsables de notificarlos** a la Dirección de la escuela (Resolución N° 12596).

.....
Firma de la madre/padre o tutor

.....
Firma y sello del médico certificante

.....
Aclaración de firma

.....
Lugar y fecha