

# FICHA MÉDICA - NIVEL INICIAL Y PRIMARIO

2024



Nombre del alumno: .....

Sala/Grado/Año: ..... Fecha de nacimiento: .....

Cobertura Médica: ..... Afiliado N°: .....

Teléfono de la cobertura: .....

Grupo Sanguíneo: ..... Factor: .....

**Teléfonos** de contacto en caso de emergencia médica (Padre, madre, tutor o abuelos) – Aclarar: .....

## ANTECEDENTES

¿ES ALÉRGICO/A?: SI – NO ¿A QUÉ? .....

¿USA ANTEOJOS? SI - NO ¿USA LENTES DE CONTACTO? SI - NO

TIENE INTOLERANCIA DIGESTIVA A: .....

¿TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE? SI – NO .....

INDIQUE CUALES: ..... FRECUENCIA: .....

SANATORIO EN CASO DE TRASLADO DE URGENCIA: .....

¿ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO /OTRO? ¿CUÁL?.....

**OTRA INFORMACIÓN QUE CREA CONVENIENTE QUE TENGA EN CUENTA EL COLEGIO:** .....

¿PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?	SI	NO	¿HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?	EDAD	FECHA
DESMAYOS			HEPATITIS		
CARDIOPATÍAS			SARAMPIÓN		
ALERGIAS			PAROTIDITIS		
CONVULSIONES			MONONUCLEOSIS INFECCIOSA		
EPILEPSIA			ESGUINCES		
ASMA			LUXACIONES		
DIABETES			QUEBRADURAS		
PROCESOS INFLAMATORIOS			EPISTAXIS		
PROCESOS INFECCIOSOS			HIPOTIROIDISMO		
HERNIAS INGUINALES			HIPERTIROIDISMO		
HERNIAS HIATAL					

## APTO FÍSICO 2024

CABA.....

**Certifico** haber examinado a ..... DNI: .....

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad y sexo.

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Colegio San Tarsicio.

.....  
Firma del Profesional

.....  
Sello Aclaratorio y N° de matrícula

En caso de emergencia, en cualquier actividad escolar o extraescolar, el Colegio llamará a la empresa de urgencias médicas a la que se encuentra adherida. Inmediatamente dará aviso a alguno de los padres. Si se presentara una situación compleja y cuya urgencia necesitara una derivación indicada por el profesional, autorizo a los responsables de la Institución a trasladar a mi hijo/a al centro asistencial más cercano o al siguiente: .....

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. **Sin APTO FÍSICO** no podrá realizar actividad física,

.....  
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....  
Aclaración