



FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO
Fecha entrega: Hasta el 23 de febrero de 2026.
(Completar con letra clara en imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos de salud y bienestar de los alumnos.

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO			
Apellido/s y Nombre/s del alumno/a:			
Curso y Turno:			
Fecha y Lugar de Nacimiento:		Edad:	
Nacionalidad:			
Nro DNI:			
Domicilio:			
Teléfono:		Mail:	
Obra Social/Seguro Médico:	Nº Afiliado:	Grupo Sanguíneo:	
INFORMACION PARA EMERGENCIAS			
1- NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:			
PARENTESCO:		TELEFONO:	
2- NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:			
PARENTESCO:		TELEFONO:	
En caso de emergencia médica, autorizo a que mi hijo/a sea retirado de la Institución por los siguientes adultos:			
Apellido y Nombres: _____		DNI: _____	
Apellido y Nombres: _____		DNI: _____	
Apellido y Nombres: _____		DNI: _____	
DATOS DE LOS ADULTOS RESPONSABLES			
	PADRE	MADRE	RESPONSABLE DE PAGO
Nombre y Apellido:			
Nacionalidad:			
Profesión:			
Domicilio:			
DNI:			
Teléfono:			
Mail:			
FIRMAS DEL PADRE Y MADRE			
FIRMA DE PADRE/MADRE	ACLARACIÓN		DNI
FIRMA DE PADRE/MADRE	ACLARACIÓN		DNI
FIRMA RESPONSABLE DE PAGO	ACLARACIÓN		DNI

Los arriba firmantes se comprometen a comunicar formalmente las autoridades escolares cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha y, en caso de ser necesario, pedir una entrevista con el docente.

PARA COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO

Completar con una **CRUZ SI PADECE/CIÓ** o **NO** las siguientes afecciones/problemas de salud/enfermedades.

AFECCIONES/PROBLEMAS DE SALUD/ ENFERMEDADES	SI	NO	SI RESPONDIÓ SÍ, EXPLIQUE.
Asma, crisis asmáticas	SI	NO	
Problemas Cardiovasculares (soplos, arritmias, cardiopatía congénita)	SI	NO	
Alguna dificultad respiratoria (Bronquitis obstructiva, neumonía)	SI	NO	
Dificultades Osteo articulares:	SI	NO	
* Dolencia	SI	NO	
* Desviaciones de columna, pies u otros huesos	SI	NO	
* Traumatismos (De cráneo, fracturas)	SI	NO	
Ha presentado síncope	SI	NO	
Dificultades Neurológicas:	SI	NO	
* Ha presentado convulsiones	SI	NO	
* Trastornos del sueño: insomnio, terrores nocturnos, sonambulismo	SI	NO	
* Dificultad de la marcha	SI	NO	
* Padece epilepsia	SI	NO	
Dificultad de audición, hipertrofia de cornetes, sinusitis, otitis.	SI	NO	
Algún tipo de alergia/afecciones alérgicas	SI	NO	
Trastornos alimentarios	SI	NO	
Diabetes	SI	NO	
Cirugías previas	SI	NO	
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud (especificar)	SI	NO	
ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ: (Tachar lo que no corresponda).			
VARICELA: SI / NO SARAMPION: SI / NO RUBEOLA: SI / NO MONONUCLEOSIS: SI / NO			
¿Toma regularmente algún medicamento?	SI	NO	
¿Cuál?	Motivo		
¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación?	SI	NO	
* EN EL CASO DE JARDIN Y PRIMER GRADO ENTREGAR FOTOCOPIA DEL CARNET DE VACUNACION.			
¿ACTUALMENTE CONCORRE A ALGUN ESPACIO DE TRATAMIENTO? SI/NO (Fonoaudióloga, psicología, terapia ocupacional, psicopedagogía, otros)	DETALLE:		
CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA: (Marcar con cruz lo que corresponda).	APTO		NO APTO
PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD PARA EL CICLO LECTIVO 2026.			
Observaciones del médico/Profesional:			
Fecha: / /	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		



FICHA DE AUTORIZACIONES DE NIVEL SECUNDARIO.

Apellido/s y nombre/s completos del estudiante:.....

D.N.I.:..... Año:

AUTORIZACIONES A OTORGAR MEDIANTE LA PRESENTE FICHA:

1. a. Retiro anticipado y al finalizar la jornada escolar: Por la presente autorizo a mi hijo/a a ser retirado del establecimiento por las siguientes personas mayores de edad:

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	TELÉFONO	PARENTESCO
1).....
2).....
3).....
4).....
5).....

En caso de ser retirado por una persona distinta a las aquí consignadas, como así también cuando el alumno vaya a ser retirado anticipadamente, me comprometo a comunicarme previamente por escrito (cuaderno de comunicaciones o mediante la plataforma institucional **castex.escool.ar**). Se recuerda que las **autorizaciones telefónicas** para que otra persona retire a su hijo/a del colegio **no serán aceptadas por razones de seguridad**

b. Por medio de la presente y conociendo la postura recomendada por el Colegio en relación a el retiro de menores de edad sin un adulto responsable, los abajo firmantes dejamos expresa constancia, que ante una necesidad de organización familiar, nos hacemos responsables de autorizar a nuestro hijo (nombre y apellido)....., DNI:....., quien es alumno regular del Colegio en.....año, a que se retire solo del establecimiento al finalizar el horario de clases correspondiente según día de la semana y curso.

FIRMA RESPONSABLE 1:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

.....
(Padre/Madre/Tutor)

.....

.....

FIRMA RESPONSABLE 2:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

.....
(Padre/Madre/Tutor)

.....

.....

2. Atención ante urgencias: por medio de la presente autorizo al Servicios de Emergencias contratado por la Institución a asistir y trasladar (esto último en caso de ser necesario) a mi hijo/a. Asimismo, cabe aclarar los siguientes puntos:

- a. Bajo ninguna circunstancia el alumno se retira del establecimiento por sus propios medios. Siempre deberá estar acompañado por alguno de los tutores/responsables. Asimismo, no se trasladará al alumno de forma particular por parte del personal de la Institución.
- b. Con el fin de no hacer prescindir a la comunidad de un recurso vital y escaso, solo en caso de lesiones graves que representen una urgencia, se llamará al sistema de emergencias y, bajo la indicación del personal médico asistente, se trasladará al alumno en ambulancia, acompañado de un adulto de la Institución, al centro de salud que el responsable indique.
- c. Una vez que el alumno sea trasladado por la ambulancia o retirado por el responsable, la atención médica que correspondiese será bajo las mismas condiciones en que lo hace de manera habitual, ya sea a través de la obra social indicada en su ficha de salud, de manera particular o en el sector público.

3. Salidas educativas y didácticas: por la presente autorizo a mi hijo/a a salir del edificio escolar en actividades específicas, ya sean educativas o recreativas, que programe el Colegio para el presente Ciclo Lectivo, las cuales serán informadas oportunamente. Declaramos conocer que los estudiantes estarán acompañados por personal docente de la Institución y serán trasladados por los medios que contrate el Colegio para tal fin. Asimismo, autorizamos a que nuestro hijo/a, desarrolle todas las actividades organizadas para la salida de que se trate, como así también su traslado y asistencia, en caso de accidente o emergencia, al centro asistencial más indicado a criterio del responsable de la salida. En caso de no estar de acuerdo con dicha salida, asumimos la obligación de comunicar dicha circunstancia al Colegio dentro de las 72 horas de notificados de la misma.

4. Publicación de fotos: por la presente los responsables brindan su consentimiento para que la Institución pueda publicar por los medios a su alcance, las imágenes en las cuales aparezca su hijo/a, ya sea individualmente o en grupo en las diferentes secuencias y actividades realizadas en el colegio y fuera del mismo, tanto sean estas escolares como extraescolares. La presente autorización puede ser revocada por los padres y/o tutores/responsables en cualquier momento, debiendo expresar su voluntad al respecto por escrito y debidamente firmado.

5. Notificación de la normativa vigente en la página web Institucional: por la presente hacemos constar que tenemos pleno conocimiento del Proyecto Educativo Institucional, el Acuerdo Escolar de Convivencia (según el nivel que corresponda), el Reglamento Interno Institucional y toda la reglamentación que se encuentra en la página web Institucional <http://www.colegiocastex.edu.ar>. Asimismo, como padre, madre, tutor o responsable de pago, nos comprometemos a conocer la normativa, recordársela a nuestro hijo/a y colaborar en su cumplimiento.

FIRMA RESPONSABLE 1:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

.....

(Padre/Madre/Tutor)

.....

.....

FIRMA RESPONSABLE 2:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

.....

(Padre/Madre/Tutor)

.....

.....

FIRMA RESPONSABLE DE PAGO:

NOMBRE, APELLIDO Y PARENTESCO:

DNI:

.....

.....

.....