

FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO

Fecha entrega: Hasta el 07 marzo 2025.

(Completar con letra imprenta mayúscula)

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

Apellido/s y Nombre/s del alumno/a:

DNI:	Fecha Nac.:	Edad:	Domicilio:
Curso:	Turno:	Tel casa/celular adulto responsable	
Obra Social o Seguro Médico:	Nº Afiliado:	Grupo Sanguíneo:	RH:

INFORMACION PARA EMERGENCIAS

1 - NOMBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

PARENTESCO: TELÉFONO:

2 - NOMBRE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

PARENTESCO: TELÉFONO:

ACTUALIZACION DATOS ADULTOS RESPONSABLES

	Responsable Tutor 1	Responsable Tutor 2
Apellidos y Nombres		
DNI		
Nacionalidad		
Domicilio		
Profesión		
Teléfono		

AUTORIZO A QUE MI HIJO/A SEA RETIRADO DE LA INSTITUCION A LOS SIGUIENTES:

Apellido y nombre: _____ DNI: _____
 Apellido y nombre: _____ DNI: _____
 Apellido y nombre: _____ DNI: _____

FIRMA DEL TUTOR RESPONSABLE	ACLARACIÓN	DOCUMENTO
------------------------------------	-------------------	------------------

El arriba firmante se compromete a comunicar formalmente al Profesor de Educación Física y a la autoridad escolar 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 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:			
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	
PARA JARDIN Y PRIMER GRADO ENTREGAR FOTOCOPIA DEL CARNET DE VACUNACION.			
¿ACTUALMENTE CONCORRE A ALGUN ESPACIO DE TRATAMIENTO? (Fonoaudióloga, psicología, terapia ocupacional, psicopedagogía, otros)	DETALLE:		
CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA:	APTO	NO APTO	
PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD PARA EL CICLO LECTIVO 2.025.			
Fecha: / /	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO		