

FICHA MÉDICA DEL/LA ALUMNO/A

Apellido y nombres del/la alumno/a: _____

Fecha de nacimiento del/la alumno/a: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Sala/Grado/Curso: _____

1) Indicar con una X

a. Se encuentra padeciendo:

	SÍ	NO
Cuadros infecciosos crónicos		
Cuadros infecciosos a repetición		
Procesos inflamatorios o infecciosos crónicos		
Dificultades neurológicas – motoras - emocionales		

b. Padece algunas de estas infecciones:

	SÍ	NO
Asma bronquial		
Metabólicas		
Diabetes		
Cardiopatías congénitas infecciosas		
Hipertensión		
Hernias inguinales u otras		
Alergias (medicamentosas, alimentarias, ambientales, otras)		

c. Ha padecido:

	SÍ	NO
Hepatitis		
Sarampión		
Parotiditis		
Mononucleosis infecciosa		
Esquinces o luxaciones de tobillos, muñecas, otras.		
Broncoespasmos		
Convulsiones (a causa de.....) ¿Se medica?		
Accidentes		
Operaciones		

2) Situaciones determinadas por el médico:

¿Toma en forma habitual algún medicamento?

¿Cuál?.....

.....

Mencionar algún antecedente familiar que considere de importancia.....

.....

¿Recibió todas las vacunas correspondientes a su edad?.....

OBRA SOCIAL/PREPARAGA:.....
NRO. DE SOCIO/A:.....
TELÉFONO:.....DIRECCIÓN:.....
EN CASO DE QUE EXISTA LA POSIBILIDAD DE SER TRANSLADADO/A DE
URGENCIA POR SANIDAD EDUCATIVA EL LUGAR
SERÁ:.....

FECHA:.....

FIRMA Y SELLO DEL/LA MÉDICO/A:.....