

Instituto Santa María de Luján

Nivel Inicial

FICHA MÉDICA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Apellido y nombre:
Tipo y número de documento:
Fecha de nacimiento:
Edad: Sexo:
Grupo sanguíneo: Factor Rh: (.....)
Obra Social: Socio N° T.E.
Sala:
Año:

a) Vacunas (**Adjuntar fotocopia del certificados de vacunación por 1° vez o si han recibido alguna vacuna diferente al año anterior**)

b) Enfermedades que padece o padeció (Marcar con una cruz)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Otitis | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Celíaco |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Tos convulsiva | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Asma | |
| <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reumatismo | |

c) Antecedentes de interés:

Operaciones:.....

Traumatismos / fracturas:.....

¿Es alérgico?:..... ¿A qué?:.....

¿Cómo lo evita? :.....

¿Tiene problemas de coagulación?:.....

Señalar actividades que el niño no deba realizar exclusivamente por
prescripción médica:.....

.....

Otras actividades que UD. crea conveniente hacer:.....

.....

EN CASO DE URGENCIA RECURRIR A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS:

.....

.....

.....

.....

Firma del padre o madre



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 algunos de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado

.....

Firma del Padre, Madre o Tutor

.....

Aclaración

Buenos Aires;.....

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a:.....

D.N.I.:.....

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

Para ser presentado ante las autoridades del Instituto Santa María de Luján

Buenos Airesdel mes de.....de 202.....

.....

Firma del Profesional

.....

Sello Aclaratorio y N° de Matrícula