



Instituto Ntra. Sra. de Luján de los Patriotas

FICHA MÉDICA DE SALUD

Datos del Alumno

Fecha: / / 20.....

Apellido y Nombre.....

Año..... División..... Edad Actual..... CUIL:

DNI: Fecha de Nacimiento: Teléfono:

Domicilio: Localidad:

Médico Pediatra/de familia..... Tel de Contacto.....

Cobertura Médica: Plan..... N° de Socio:

Grupo Sanguíneo: Factor RH: Peso: kg Estatura: cm

Vacunación Completa (incluye HPV) SI NO

Evaluación Auditiva Normal SI NO

✓ Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativo detallar:

ENFERMEDADES	SI	NO	DETALLAR
Anomalías Congénitas			
Anomalías Cardiovasculares (Arritmias, soplos, hipo/hipertensión arterial)			
Otras anomalías a considerar.			
Hemofilia			
Alteraciones Neurológicas			
Alteraciones Emocionales			
Sinusitis			
Asma Bronquial			
Hernias			
Úlcera Gastroduodenal			
Obesidad			
Alteraciones Digestivas			
Problemas alimenticios (bulimia/anorexia)			
Celiaquía			
Fracturas			
Luxaciones			
Lesiones Musculares o Tendinosas			

Lesiones Ligamentosas			
Lesiones en la columna vertebral			
Convulsiones			
Diabetes			
Dengue			
Hepatitis			
Fiebre reumática			
Vértigos/Mareos			
Mal de Chagas			

✓ ¿Es Alérgico? (especificar y fechar) SI NO

.....

✓ Otras enfermedades actuales que no estén especificadas en el recuadro anterior

.....

✓ Durante o inmediatamente después de realizar actividad física ha padecido alguna vez

	SI	NO
Cefaleas		
Mareos		
Vómitos		
Pérdida de conciencia		
Dolor de Pecho		

✓ ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO

(En caso de ser afirmativo detallar)

✓ ¿Realiza Tratamiento Psicológico o Psicopedagógico en la actualidad? SI NO

(En caso de ser afirmativo indicar desde qué fecha y motivo)

✓ ¿Toma alguna medicación en forma crónica? SI NO

(En caso afirmativo, indicar motivo, descripción, fecha del inicio del tratamiento, dosis y administración)

Certificado Bucodental

Certifico que el estado dental de es

Firma del profesional N° de matrícula Fecha

Certificado Agudeza Visual

Certifico que la agudeza visual de..... es

Usa Lentes SI NO

Firma del profesional..... N° de matrícula Fecha

Certificación Cardiológica

Certifico que el estado cardiológico de es

Firma del profesional N° de matrícula Fecha

En caso de Emergencia comunicarse con:

Nombre y Apellido..... Tel.: Parentesco:

Nombre y Apellido..... Tel.: Parentesco:

Nombre y Apellido..... Tel.: Parentesco:

En caso de que considere necesario ampliar la información

.....
.....
.....
.....

Para ser cumplimentado por el médico:

Certifico que el/la alumno/a.....
DNI: de años de edad, habiéndose examinado clínicamente y realizado los estudios correspondientes se encuentra en condiciones **apto / no apto** de participar de **actividades escolares** y aquellas del área de **Ed Física** de carácter recreativo deportivo, y/o competitivo.

Lugar y Fecha

Firma y sello del médico:

En caso de no estar en condiciones (no apto), precisar el motivo adjuntando el certificado médico correspondiente.

Para ser cumplimentado por los padres o tutores

Dejamos constancia que los datos que se han registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo/a..... son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto dentro de **los cinco días hábiles**, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el presente ciclo lectivo.

Lugar y Fecha

Lugar Fecha

Firma (madre)

Firma (padre)

DNI:

DNI:

Aclaración:

Aclaración.....