



# 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.....